N° 66

ESSAI

SUR LA

RÉTENTION DU PLACENTA

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 31 JUILLET 1889

PAR

Frank de ARMAS

Né à la HAVANE (Ile de Cuba)

EX-INTERNE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS D'AIX (1881-1882)
DE L'HOSPICE CIVIL ET DU DISPENSAIRE MUNICIPAL D'ORAN (1883-1887)
MÉDECIN DU LAZARET DE MERS-EL-KÉBIR (1884) (ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
CABIROU FRÈRES & Cie
IMPRIMEURS-ÉDITEURS
Des Grands Annuaires du Midi (fondés en 1818)
19, Cours Gambetta, 19

1889

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
BERTIN-SANS..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et Toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL
Hygiène	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et Appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie	KIENER (✻).
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Anatomie	PAULET (O ✻)
Pathologie interne	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Botanique et Histoire naturelle médicale (Ch. de cours)	GRANEL.
Clinique obstétricale et Gynécologie —	GERBAUD.
Physique médicale (chargé de cours)	IMBERT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Profess. honor. M. DUPRE (O. ✻ C. ✠).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSE (✻), agrégé.
Clinique d'Ophthalmologie.	TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BIMAR.	MM. GRANEL.	MM. BROUSSE.
MOSSE (✻).	FORGUE.	GILIS.
REGIMBEAU (✻).	TRUC.	IMBERT.
BLAISE	GERBAUD.	
BAUMEL.	BOINET.	
VILLE.		

M. H. GOT, *Secrétaire*.
M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRYNFELTT	*Président.*
GERBAUD	*Professeur.*
FORGE, GILIS	*Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

F. DE ARMAS.

PRÉFACE

Deux observations personnelles de rétention du placenta et un cas intéressant qui nous a été communiqué, nous ont donné l'idée de ce travail. Dans ces trois observations inédites, la méthode expectante, avec injections intra-utérines, a été employée et couronnée de succès. Aujourd'hui que le courant semble emporter tous les accoucheurs et les gynécologistes vers l'intervention, nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de reprendre ce sujet, malgré son peu de nouveauté, et de le rajeunir en comparant les méthodes et en les discutant.

Nous avons éliminé de notre sujet tout ce qui touche à la rétention après l'avortement, parce que nous n'en avons personnellement observé aucun cas, et que nous serions obligé de scinder notre étude, à cause des différences admises par les auteurs dans l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement.

L'historique, les causes et le mécanisme de la rétention, l'anatomie pathologique, ajoutent l'attrait de la théorie à l'intérêt pratique du diagnostic, du pronostic et du traitement. Aussi leur avons-nous fait une large part dans cette étude, persuadé que la connaissance approfondie de ces divers points est utile, indispensable même au praticien appelé à soigner une rétention du placenta.

Voici le plan que nous avons adopté :

1° Historique.

2° Etiologie et mécanisme. Nous avons donné à ce chapitre le plus grand développement. On comprend que le diagnostic, le pronostic et le choix du traitement sont immédiatement subordonnés à la connaissance des causes qui produisent la rétention. Nous avons cru devoir mettre en regard de chaque cause quelques mots de la symptomatologie particulière à cette cause, afin de n'avoir pas à nous répéter.

3° Anatomie pathologique. Nous y étudions les diverses modifications subies par l'utérus et le délivre, et les théories de l'absorption et de l'exfoliation insensible.

4° Symptômes et diagnostic. Nous avons pris dans l'ensemble des symptômes, déjà passés en revue, ce qui nous est nécessaire pour faire ressortir le diagnostic, parfois difficile.

5° Pronostic. Avec discussion et nouvel examen des faits. Il n'est pas aussi effrayant qu'on le dit, surtout depuis l'application de la méthode antiseptique.

6° Traitement. Les diverses méthodes sont successivement décrites et discutées.

7° Conclusions en faveur de *l'expectation armée*.

Des observations sont placées dans le cours de nos descriptions. Cet arrangement nous a semblé le meilleur, puisqu'il permet de donner au lecteur un exemple immédiat et concluant qui vient à l'appui de la description didactique.

Nous n'avons pas la prétention de trancher la question dans la querelle entre les interventionnistes et les expectants. Nous espé-

rons tout au plus apporter un faible tribut à cette étude, laissant à d'autres le soin de combler les lacunes, de classer de nouveaux matériaux et de régler, si c'est possible, la conduite de l'accoucheur. Nous nous estimerons heureux si nous avons réussi à condenser en quelques pages le résumé des théories émises, si, en ajoutant des faits épars à nos quelques observations, nous avons fait un travail synthétique assez complet, enfin si nous sommes parvenu à soumettre à nos Juges un exposé clair et précis de la question. Notre but serait complètement atteint si nous pouvions attirer l'attention sur les bons résultats de l'expectation armée et provoquer de nouvelles recherches.

Je suis heureux en terminant de pouvoir exprimer ma profonde reconnaissance envers le pays qui m'a si hospitalièrement accueilli, et dans lequel j'ai trouvé de si chaudes sympathies, de si vives amitiés et l'instruction médicale que tous les étrangers sont heureux et fiers d'y venir acquérir. Tout homme a deux patries : la sienne et la France. Je remercie aussi mes Maîtres de l'Ecole de Montpellier et mes Maîtres dans les hôpitaux d'Aix et d'Oran des leçons que j'ai reçues d'eux et de la sollicitude qu'ils m'ont témoignée. J'adresse l'expression de ma gratitude à M. le Professeur Grynfeltt, qui a bien voulu se charger de la présidence de cette Thèse. Je ne saurai jamais oublier mon intime ami le Dr Médard : « Crée que nunca olvidaré todo lo que has hecho por mi, y que suceda lo que suceda siempre serè tu amigo verdadero.»

DE LA RÉTENTION DU PLACENTA

HISTORIQUE

C'est surtout l'historique des diverses méthodes de traitement, le seul point de vue sous lequel tous les auteurs, jusqu'à nos jours, aient envisagé la rétention du placenta. Aussi nous sommes-nous demandé si ce chapitre ne trouverait pas naturellement mieux sa place en tête du traitement. Nous avons pensé cependant qu'il serait intéressant de montrer quelle a été la marche de nos connaissances à ce sujet et comment, après tant de recherches et de discussions, la question reste encore pendante.

Dans les temps primitifs, la femme, comme les femelles des animaux (1), gardait son placenta, qu'elle rejetait naturellement plus tard à la suite d'efforts expulsifs. Encore aujourd'hui beaucoup de peuplades sauvages ne tirent même pas sur le cordon. « Ces tractions ne sont employées que par les peuples avancés en civilisation (2). »

Les anciens, sans se rendre compte de la nature de la rétention, sont partisans de l'intervention et ne craignent pas de se livrer à des moyens parfois violents pour avoir raison du délivre.

(1) St-Cyr. — Traité d'obstétrique vétérinaire. Paris, 1875.
(2) Engelmann. — La pratique des accouchements chez les peuples primitifs.

C'est ainsi qu'Hippocrate (1) laisse l'enfant suspendu par le cordon, et si celui-ci vient à se rompre, il substitue à l'enfant un objet quelconque, capable par son poids de délivrer la parturiente. Il conseille ailleurs d'aller chercher avec la main le délivre dans la matrice s'il se fait attendre après la sortie de l'enfant.

Avec Celse, Paul d'Egine, Avicenne, Albucasis, Rœsslin, la pratique ne change pas. Ils ont recours, en outre, aux efforts volontaires ou involontaires de la femme; à l'aide de poudres ou de fumigations, ils provoquent des accès de toux ou d'éternuement, pensant, par les secousses ainsi déterminées, détruire les adhérences et prévenir la rétention.

Aétius (fin du IVe siècle) est le premier, croyons-nous, qui, tout en étant partisan de l'intervention, se tient dans une sage réserve quand le col est rétracté et la malade très fatiguée. Il fait remarquer que le délivre sortira bientôt en pourriture et en forme de pus.

Il faut arriver à Ambroise Paré (2) pour trouver des idées plus nettes sur la rétention du délivre et des règles plus précises pour son extraction. Il faut d'abord commencer par les moyens les plus simples et n'arriver à la violence qu'à la dernière extrémité.

Guillemeau (3) craint que le délivre en pourrissant n'occasionne la mort : « Il faut estre diligent à le faire sortir, ou tirer sans le précipiter et patienter un peu en le maniant et esbranlant toujours. »

Mauriceau (4), craignant aussi que la rétention ne cause la mort de la femme, dit : « Il faut porter la main graissée jusque dans l'intérieur de la matrice et en arracher tout ce qui constitue l'arrière-faix. » Et il ajoute avec raison : « S'il est possible ». Un des premiers, il recommande les frictions abdominales et les injections intra-utérines, préconise l'intervention rapide.

(1) Hippocrate. — De superfetatione et de morbis mulierum.
(2) Ambroise Paré. — OEuvres.
(3) Guillemeau. — OEuvres de chirurgie. 1599.
(4) Mauriceau. — Traité pratique des femmes grosses et nouvellement accouchées. 1668.— Dernières observations sur les maladies des femmes grosses et accouchées. 1707.

Peu (1), qui vivait à la même époque et qui eut des démêlés avec Mauriceau, conseille d'attendre.

Ruysch (2), le célèbre anatomiste hollandais, découvrit en 1726 son muscle *contrusor placentæ*. Il professe que la délivrance est un acte naturel et physiologique, qu'elle doit s'accomplir toujours grâce à son muscle, qu'il n'a pas perdu, après cinquante ans de pratique, une femme par rétention du placenta quelque temps qu'il soit resté emprisonné. Il attribue à l'intervention les accidents terribles qui jusqu'alors étaient imputés à la simple rétention.

L'exemple de Peu et la grande autorité de Ruysch amènent les accoucheurs à se décider suivant les indications, et leur conduite devient plus rationnelle.

Puzos (3) est, de tous les auteurs de cette époque, celui qui a émis les vues les plus pratiques : « L'expulsion du placenta est autant l'ouvrage de la nature que le travail qui fait venir l'enfant; mon sentiment est qu'on ne doit jamais forcer son extraction..... Voilà l'avantage qu'on retire du délai que je préférerai toujours à la précipitation, qui peut causer la rupture du cordon si le placenta n'est pas encore décollé, et la perte de sang s'il ne l'est qu'en partie, quelquefois même le renversement de la matrice. »

Ces préceptes ont plus ou moins guidé la conduite de Mesnard (4), qui rejette toute intervention; de Smellie (5), qui reste dans l'indécision, et de Levret (6), qui applique les deux méthodes. Baudeloque (7) donne à l'expectation une assez large part, mais n'en est pas moins

(1) Peu. — La pratique des accouchements. Paris, 1694.

(2) Ruysch. — Tractatio anatomica de musclo in fundo uteri observato, etc. Amstelod, 1726.

(3) Puzos. — Traité des accouchements. Paris, 1756, p. 141 et suiv.

(4) Mesnard. — Le Guide des accoucheurs ou le maistre dans l'art, etc. Paris, 1743.

(5) Smellie. — Traité des accouchements. 1765.

(6) Levret. — Mémoire sur la manière de délivrer les femmes après l'accouchement, etc. Mém. de l'Acad. de chirurgie, t. III.

(7) Baudeloque. — L'art des accouchements, t. I, p. 217 (1778).

surtout un ferme partisan de l'intervention. Par contre, Mme Lachapelle (1), Mme Boivin et Capuron (2) sont partisans déclarés de l'expectation, et Moreau résume toute sa pratique en trois mots : « J'ai su attendre. » « Et, de fait, l'expectation, on peut le proclamer hautement, est peut-être la chose la plus difficile à pratiquer. (Gerbaud, th. agrég., 1886.) »

Tandis que les maîtres donnent les préceptes de leur art, les faits sont consignés et discutés en France, en Allemagne, en Angleterre.

Nous citerons quelques titres pour montrer l'état de la question à cette époque :

Herman : De remed. quorumdam ad placent. expellend. commendatorum tam insufficiente quam noscio usu. (Hall, 1761.)

Kastner : Circa placent. solution. artific. cogitatio. (Erfurt, 1796.)

Hilscher : De lesione uteri ab improv. secundinarum extractione. (Ienæ, 1741.)

Kümpel : De solutione placentæ (Ienæ, 1789.)

May : Dissert sistens fata et funera puerperarum ex solutione placentæ artificiali oriunda. (Heidelberg, 1787.)

Mayfeld : Historia partus difficilis ex spastica strictura uteri circa placentorum. (Altdorf, 1732)

Geiger : De extractione placentæ. (Strasbourg, 1783.)

Frank : De hemorrh. uteri spasmo secundinas incarcerante. (Lipsig, 1790.)

Bock : De placenta solutione artificiali. (Utrech, 1802.)

Burns : Observations pratiques sur l'hémorrhagie utérine et la délivrance. (London, 1807.)

Cannet : De secundinarum extractione in casu inertiæ matricis. (Th. Paris, an XII, n° 251.)

Maygrier : Délivrance. (Th. Paris, an X.)

On voit par ces titres que les auteurs commencent à se préoccuper des causes de la rétention. Mme Boivin, 1829, Velpeau, 1829, Villeneuve,

(1) Mme Lachapelle. — Pratique des accouchements, t. II, p. 347.
(2) Capuron. — Traité des accouchements, p. 320 et suiv.

1837 (Gaz. médicale), Maslieurat-Lagémard, 1836 (Arch. gén. de méd.), Mordret, du Mans, s'inquiètent de ce que devient le délivre retenu, et publient des cas d'absorption du placenta.

On distingue déjà le chatonnement des adhérences (Guillemot, in Journ. univers. et hebd., 1831) ; on connaît les adhérences intimes ou anormales que Morgagni ne peut séparer de l'utérus, même avec le bistouri (1822) et que Brachet, de Lyon, attribue à la placentite (1828).

Les matériaux sont nombreux et le deviennent de plus en plus. On a recueilli quantité de faits sur les causes de la rétention, sur la nature des adhérences, sur la transformation du délivre, sur le traitement, mais il n'y a pas encore de travail d'ensemble.

Stolz (1) vient combler cette lacune : il classe les causes de la rétention, essaie d'expliquer les adhérences, se demande ce que devient le placenta ; son travail n'est plus seulement un chapitre de thérapeutique, mais bien le résumé théorique et pratique de la question à cette époque.

Les opuscules et les mémoires se multiplient ; presque tous empruntent à Stolz ; aussi ne ferons-nous que citer, à partir de ce moment, ceux qui ont essayé d'éclaircir la pathogénie de la rétention ou dont les travaux ont marqué un réel progrès.

Simpson (2) reprend la théorie de l'inflammation de Brachet. Pour Robin (3), la lésion principale siège dans les villosités. Hegar (4) dit que les adhérences seraient produites par une maladie de la caducque ; il signale encore l'influence de l'hydrorrhée, fait l'examen des cas de résorption du placenta, discute avec impartialité les méthodes de traitement et donne sur le pronostic un des meilleurs chapitres qui aient été écrits.

Joulin (5), Charpentier (6), Guéniot (7), croient que les adhérences

(1) Stolz. — Th. de concours. De la délivrance. Strasbourg, 1834.
(2) Simpson. — Clin. obstétricale et gynécologique. Paris, 1874.
(3) Robin. — 1854.
(4) Hegar. — Die Placenta-retention. Berlin, 1862.
(5) Joulin. — Traité d'accouchement. 1867.
(6) Charpentier. — Traité pratique des accouchements, t. I. 1883.
(7) Guéniot. — Gaz. des hôpitaux. 1874.

anormales sont dues, non à un travail pathologique spécial, mais à l'absence d'un phénomène physiologique. En 1868, Garimond (1) publie deux cas de rétention à la suite d'avortement, sur lesquels il s'appuie pour développer sa théorie de l'exfoliation insensible.

La question, mieux mise au point, se précise de plus en plus. On remarque que la rétention par adhérences totales est d'un pronostic plus bénin. Ces adhérences totales intimes sont très rares après l'accouchement et sont, au contraire, la règle dans l'avortement. Alors les interventionnistes se divisent ; les uns interviennent toujours : Jacquemier, Dubois (2), Depaul (3) et, aujourd'hui, Guéniot (4). Les autres, interventionnistes après l'accouchement, sont abstentionnistes après l'avortement ; tels sont Pajot (5) et ses élèves. Ces diverses idées se réflètent plus ou moins dans les thèses ou les mémoires suivants, où nous avons puisé les matériaux de notre travail :

Balard : Considérations sur la délivrance. (Th. Montpellier, 1870.)

Joany : De la rétention après l'accouchement. (Th. Paris, 1871.)

Couecou : Rétention du placenta. (Th. Paris, 1872.)

Lefaure : Contribution à l'étude du placenta. (Th. Montpellier, 1878.)

Brun-Barthez : Accidents de la délivrance. (Th. Paris, 1874.)

Renaud : Accidents de la délivrance. (Th. Paris, 1875.)

Lechevallier : Essai sur la rétention du placenta. (Th. Paris, 1877.)

Romaroni : Délivrance retardée. (Th. Paris, 1876.)

Albert : De la rétention du placenta. (Th. Paris, 1878.)

Nègre : Rétention du placenta. (Th. Paris, 1880.)

Rambaud : Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. (Th. Paris, 1884.)

Torrez y Mandiola : Rétention du placenta. (Th. Paris, 1884.)

Lacordelle : Rétention prolongée du placenta. (Th. Montpellier, 1884.)

(1) Garimond. — Montpellier médical. 1868.

(2) Dubois. — Traité des accouchements.

(3) Depaul. — Dict. encyclopédique, art. accouchement.

(4) Guéniot. — De la délivrance dans l'avort. (Bull. de th., t. LXXIII, p. 305. 1867.)

(5) Leçon de Pajot, par Labusquière. — Annales de gynécologie. 1886.

Guéniot : Des adhérences anormales du placenta. (Gaz. des hop., 1874.)

Bouchacourt : Article délivrance in dictionnaire encyclopédique.

Labusquière, Doléris, Maslowsky : In annales de gynécologie passim.

Nous citerons enfin la thèse d'agrégation de M. le professeur-agrégé Gerbaud : De la rétention du placenta et des membranes après l'avortement, œuvre d'érudition et de saine critique, à laquelle nous avons beaucoup emprunté.

En résumé, la majorité des accoucheurs préconise l'intervention. On imagine chaque jour de nouveaux instruments pour aller à la recherche du placenta, pinces articulées, curettes, écouvillons, etc. Le courant scientifique paraît entraîner tous les accoucheurs vers les grandes opérations ; c'est à qui fera preuve de plus d'audace. On dilate, on incise le col déjà rétracté pour permettre l'introduction de la main ; on décolle, on râcle avec les ongles ou avec des curettes, on écouvillonne, on rabote l'utérus, on n'hésite pas devant ces opérations graves que quelques-uns seraient presque tentés d'appeler bénignes si on les laissait faire. C'est le cas d'admirer, avec Pajot, la complaisance des matrices contemporaines. Ce dernier pourtant est interventionniste décidé, mais : « il ne s'arrête que devant la violence. »

Doléris (1), en France, qui cite des milliers (!) de cas d'écouvillonnage sans aucun résultat fâcheux, Scanzoni, Fehling, en Allemagne, Ramsbotham, Barnes, en Angleterre, sont au nombre des interventionnistes les plus décidés.

Parmi les accoucheurs qui s'inspirent à la fois des règles d'une sage prudence et d'une décision judicieuse, citons en France Charpentier, Tarnier, Pinard ; Hodge, Churchill en Angleterre ; Hegar en Allemagne. Mais nous devons reconnaître que même chez eux l'intervention est la règle ; nous aurons du reste en parlant du traitement à exposer et à discuter plus longuement les procédés et les idées des contemporains. Par intervention nous entendons l'extraction manuelle ou opératoire du placenta. Depuis Lister il n'y a plus de partisans de l'expectation pure.

(1) Discussion sur l'écouvillonnage de l'utérus. Soc. d'obst. 1886.

L'introduction de la méthode antiseptique aurait dû, paraît-il, assurer la victoire aux partisans de l'expectation. En effet, ce que l'on redoute, c'est la putréfaction du placenta et l'infection qui la suit. Il semblait rationnel d'admettre que l'application de cette méthode dût supprimer ou tout au moins diminuer la fréquence de cet accident. C'est ce qui est arrivé ; et les bienfaits de l'antisepsie ont été reconnus, mais par les deux camps opposés « car si elle permet de temporiser, elle préserve de l'infection les brèches faites par l'intervention prématurée. (Gerbaud.) » Elle constitue un très sérieux progrès, mais laisse la question pendante.

CAUSES ET MÉCANISME DE LA RÉTENTION

Les causes de la rétention sont nombreuses et variées. Pour la commodité et la clarté de l'étude, nous les diviserons en trois classes :

1° Les unes tenant à la matrice ;
2° Les autres au placenta ;
3° D'autres enfin étrangères au système génital.

§ I. — Les causes de rétention du placenta provenant de la matrice sont :

a) *L'inertie utérine.* — L'accouchement terminé, l'utérus se repose un instant ; mais il rentre bientôt de nouveau en contraction pour décoller et chasser le délivre. Tout le monde connaît la sensation de boule dure que donne la matrice à ce moment. Si donc, lorsque le fœtus est expulsé, au lieu d'une tumeur solide, globuleuse, bien limitée et très consistante, on ne trouve au-dessus du pubis qu'une masse molle, large, insensible, mal circonscrite, on doit penser à l'inertie utérine. Tantôt tout l'organe est plongé dans l'inertie, tantôt il ne l'est qu'en partie ; et l'on peut très bien par la palpation faire la différence des parties contractées de celles qui ne le sont pas.

Mais quelles sont les causes de cette inertie ?

On admet généralement qu'un tempérament lymphatique, que les impressions morales vives, la faiblesse générale de l'accouchée, l'amincissement extrême des parois à la suite de l'hydramnios, dans une grossesse gémellaire ou dans le cas d'un fœtus unique mais énorme, les

anciennes inflammations des parois de l'organe, état chronique ou subaigu, le rhumatisme utérin, la distension par des liquides amassés ou retenus, etc., sont des conditions favorables à la production de cet accident ; les maladies et surtout les tumeurs du col de la matrice, un travail trop prolongé et, ce qui paraît contradictoire, un travail trop rapide lorsqu'on a laissé la femme s'épuiser dans des efforts d'expulsion prématurés ont une influence certaine. On connaît l'axiome : expulsion du fœtus brusque, délivrance retardée ; il en est ainsi après la version et plus souvent encore après l'application du forceps. L'observation suivante en est une nouvelle preuve :

Observation I

(RÉSUMÉE)

Rétention de seize heures par inertie utérine chez une primipare

L'accouchement avait été des plus rapides ; on laisse un repos de trois quarts d'heure avant d'essayer la délivrance : la matrice est molle, large et développée. Légères tractions montrant que le placenta est adhérent de partout et ne cède en aucun des points de sa circonférence. Six heures après l'accouchement les contractions n'ont pas encore reparu, malgré quelques prises de seigle ergoté. En raison de l'état général excellent, on est d'avis de temporiser. On ne fait pas même d'autres tractions, bien que le cordon fût fort solide et résistant ; mais on aurait pu décoller le placenta en un de ses points et avoir une hémorrhagie mortelle, une chute de la matrice ou un renversement.

Dix heures après l'accouchement, même état. Excellent état général. Injection d'eau vinaigrée tiède.

Quatorze heures après l'accouchement, tentative inutile sur le cordon. Injection. Seconde injection, chaude autant que possible, quelque temps après. Douleurs et expulsion naturelle seize heures après l'accouchement. Aucun accident consécutif. Les injections sont continuées pendant dix jours, trois fois par jour. — Guérison au vingt-septième jour. (Quentin. Gaz hôpit., 1863, p. 37.)

On a encore signalé comme causes d'inertie utérine : la trop grande résistance des membranes (Mme Lachapelle), leur rupture prématurée (Cazeaux) et enfin l'affaiblissement des muscles de l'abdomen, qui ne peuvent se contracter efficacement sur la matrice (Velpeau).

L'inertie utérine, loin d'être toujours une cause de rétention est souvent un effet ou au moins une coïncidence. Dans quelques cas on peut dire que l'inertie est amenée par la prolongation du séjour du placenta, bien loin d'en être la cause. C'est souvent une détermination difficile à établir, c'est au moins un diagnostic étiologique d'une analyse délicate, et surtout obscure, si l'on ne s'en tient pas à la recherche des indications principales qu'on pourrait appeler décisives. Nous reviendrons sur ce sujet dans le chapitre suivant : symptômes et diagnostic.

Dans l'inertie utérine, il n'y a pas toujours hémorrhagie, quoi qu'en aient dit la plupart des auteurs. Ce qu'il faut considérer, c'est le défaut de contractions quelle qu'en soit la signification ou la cause ; ce qui est constant, c'est l'absence de douleurs.

Tantôt le placenta est resté dans la cavité utérine à l'état libre ; tantôt il est incomplètement détaché, et c'est alors qu'il faut craindre l'hémorrhagie ; tantôt il est déjà dans la partie supérieure du vagin. Ici d'ailleurs il y a un écueil à signaler. De ce que le placenta n'est pas complètement détaché, il ne faut pas conclure que des adhérences le retiennent et que ces adhérences sont pathologiques ; il est plus rationnel de penser que l'atonie ou l'inertie des parois de la matrice n'a pas permis à cet organe de détruire l'adhérence normale et d'expulser en entier le placenta détaché.

b) Les contractions irrégulières de la matrice. Administration intempestive d'ergot. — Lorsqu'après l'accouchement, l'utérus entre de nouveau en contraction pour chasser le délivre, tout l'organe prend part à l'effort contractile ; mais il peut arriver quelquefois qu'une partie seule de la matrice entre en action quand tout le reste demeure inerte. Sous des influences que nous allons étudier, cette activité devient contracture. Stolz (Th. de concours, 1834) admet quatre variétés de

spasme : le spasme de l'orifice externe, de l'orifice interne, d'une ou plusieurs portions du col de la matrice, de la totalité de la matrice. Le spasme de l'orifice externe est très rare, si toutefois il peut se présenter, la plupart des auteurs ne l'admettant pas. La contraction de l'orifice interne, qui est un résultat naturel de la rétraction des parois du corps après la sortie du fœtus, s'exagère quelquefois au point d'opposer momentanément un obstacle absolu soit à la sortie du placenta, soit à l'introduction de la main. On a souvent confondu le spasme de l'orifice interne avec le chatonnement ; mais, ainsi que nous le verrons plus loin, il y a une importante distinction à faire.

Au toucher, le col est flasque et mou ; l'orifice externe, largement entr'ouvert, se laisse facilement pénétrer par le doigt ; mais celui-ci est bientôt arrêté par une stricture froncée semblable à l'orifice d'une bourse dont on aurait serré les liens.

Au-dessus de ce rétrécissement, on trouve le corps de l'utérus ; sa cavité, tantôt contractée, tantôt inerte, renferme le placenta. Quelquefois le délivre n'est pas exactement contenu dans le corps de la matrice ; l'orifice interne, en se contractant, l'a saisi par son milieu, de telle sorte qu'une partie se trouve au-dessus et l'autre au-dessous de la stricture.

Le resserrement de l'orifice interne est de peu de durée. Lorsqu'il n'a pas été produit artificiellement, il cesse, en général, de lui-même au bout d'une heure et demie ou deux heures ; dans le cas contraire (administration intempestive d'ergot), il peut se prolonger bien davantage, ainsi que nous allons le démontrer tout à l'heure (Obs. III).

L'inertie du col de la matrice vient souvent compliquer le spasme de l'orifice interne.

Les hémorrhagies internes qui se produisent alors sont très graves ; on doit y veiller et agir sans retard.

Le spasme total de l'organe se rencontre le plus souvent après l'administration de seigle ergoté ; cependant, en dehors de ces cas, on les a notés chez les primipares à tempérament nerveux. La sensibilité de la matrice due à la diathèse rhumatismale ou à un état inflammatoire y

prédisposerait. Comme causes plus vraies, on a noté les tractions sur le cordon ; les irritations de l'orifice externe par des touchers répétés ; les présentations vicieuses du fœtus ; enfin, suivant Nœgelé, les spasmes sympathiques qui sont souvent provoqués par l'irritation du tube digestif et la plénitude de la vessie.

Observation II

(RÉSUMÉE)

Spasmes de la matrice. — Rétention de quinze heures. — Expulsion naturelle

Femme 21 ans, très bonne constitution, troisième accouchement. Travail court mais eaux écoulées depuis vingt-quatre heures. Enfant expulsé mort. Impossible de délivrer ; pas d'écoulement, état général très bon. Fond de l'utérus près de l'ombilic, organe développé comme au quatrième mois, mais ferme et durs tellement il est contracté. En suivant le cordon on trouve le col ferme et contracté comme le corps. Nouvelle tentative de délivrance impossible. Potion calmante. Sept heures après, il y avait eu des douleurs et un léger écoulement ; on introduit la main dans le vagin ; on sent le placenta à l'ouverture qui peut être saisi avec trois doigts ; mais rien ne vient. On fait alors une injection de belladone et de jusquiame. C'est pendant une de ces injections que le placenta se décolle de lui-même. (Th. Joany.)

Observation III

(PERSONNELLE)

Rétention du placenta pendant six jours à la suite de spasmes. — Lavages intra-utérins. — Expulsion spontanée.

Grossesse très heureuse sans les accidents ou les petites incommodités ordinaires. Rupture de la poche des eaux prématurée, dilatation très longue, très pénible, vomissements pendant le travail, léger état nerveux sans danger ; expulsion rapide ; enfant mort-né. Comme dans le cas précédent, la délivrance se fait attendre.

Au bout de deux à trois heures, le docteur Mondot est appelé ; une légère traction opérée sur le cordon, servant de conducteur, le détache du placenta, qui reste dans l'utérus. Celui-ci permet à peine l'introduction de la pulpe de l'index. Comme l'état général est excellent, on abandonne toute manœuvre et l'on décide d'attendre le lendemain.

Le lendemain j'accompagne le docteur Mondot. La nuit s'était bien passée.

L'examen de la malade nous montre la fourchette fortement ecchymosée mais sans déchirure, le col contusionné avec deux éraillures ; l'orifice interne est contracté, non dilatable, mais admet une grosse sonde. Léger suintement sanieux. Etat général excellent.

En présence de ces symptômes, encouragé d'ailleurs par un succès antérieur, M. Mondot recommande encore l'expectation.

Des injections utérines sont faites deux fois par jour avec la solution phéniquée ; dans l'intervalle plusieurs lavages vaginaux. Le liquide qui ressort est coloré et tient en suspension des débris membraneux dus à l'exfoliation du placenta. Le cinquième jour l'accouchée se plaint de douleurs abdominales. Pommade mercurielle belladonée sur le ventre, cataplasmes, etc., etc.

Le soir du sixième jour on aperçoit et l'on sent au toucher un corps engagé dans l'orifice externe.

M. le docteur Mondot, armé de pinces, cherche à le retirer au moyen de légères tractions, mais ses efforts sont tout d'abord inutiles. Une grosse sonde courbe est alors introduite dans l'utérus à côté du corps étranger, et pendant que les tractions continuent, on injecte de l'eau phéniquée. Malgré ces précautions le corps reste engagé ; à deux ou trois reprises les pinces de Museux lâchent en entraînant des morceaux de corps étranger. Elles sont replacées, mais pour cela on est obligé de les enfoncer de quelques centimètres.

Au bout de vingt-cinq minutes environ la femme éprouve de fortes douleurs de ventre ; « elle croit accoucher », dit-elle ; et les pinces amènent peu à peu une masse noirâtre, friable, d'une odeur désagréable. Examinée aussi attentivement que possible, elle ne ressemble, ni par sa forme, ni par sa consistance, ni par sa couleur, au placenta ; on aurait dit un morceau de mou en putréfaction.

C'était sûrement le placenta et ses annexes.

Ces spasmes n'ont pas toujours la même intensité : tantôt ils alternent avec des contractions normales, tantôt ils reviennent à intervalles réguliers ; mais ils peuvent changer brusquement de direction ; enfin, d'intermittents, ils peuvent devenir permanents ; de partiels, ils peuvent

occuper la totalité de l'organe. Les sphincters voisins prennent alors part aux contractions ; il y a du ténesme vésical et rectal ; la matrice devient d'une sensibilité extrême, et la patiente, en proie aux accidents nerveux, n'est pas éloignée d'une attaque d'éclampsie.

Seigle ergoté. — De toutes les causes de rétention du placenta, c'est certainement de beaucoup la plus fréquente. La littérature médicale fourmille de cas de ce genre. Nous n'insisterons pas sur l'action physiologique du seigle ergoté : il augmente l'intensité des contractions utérines et d'intermittentes les rend continues. En général, toutes les parties de la matrice prennent part à cette espèce de tétanisation ; d'autres fois, le col seul est contracturé au début ; le reste de l'organe se contracte tardivement ; quoi qu'il en soit, le plus souvent la lutte entre le corps et le col n'est pas égale : ce dernier oppose une résistance invincible ; le placenta, presque toujours décollé, reste donc emprisonné, quelquefois pour un temps assez long, l'effet persistant après la cause. Dans les cas les plus rares, le corps l'emporte sur le col, celui-ci restant plus ou moins dilaté, et le placenta est expulsé. Les cas de ce genre expliquent la pratique de certains auteurs qui administrent le seigle ergoté pour aider l'expulsion du délivre. Nous verrons ce qu'il en faut penser.

Une question intéressante se pose. Pourquoi les fibres du corps, qui, dans l'acte physiologique de l'accouchement, surmontent la résistance du col, sont-elles impuissantes à le faire dans les cas de rétention par le seigle ergoté ? Répondre à cette question c'est expliquer le mécanisme de la rétention.

Les fibres du corps, et surtout du fond de l'utérus, épuisées par l'intensité ou la rapidité du travail, sont dans un relâchement complet et dans un état voisin de l'inertie utérine. C'est surtout dans ces cas qu'une pratique irraisonnée veut qu'on administre de l'ergot de seigle, qui n'agira que très peu ou même pas du tout sur ces fibres fatiguées et surmenées ; au contraire, le col distendu passivement n'a rien perdu de son énergie et se contractera énergiquement sous l'influence du

médicament. Voilà qui nous paraît rendre suffisamment compte de la rétention par le seigle ergoté.

Observation IV

(PERSONNELLE)

Rétention du placenta pendant dix jours. — Administration intempestive d'ergot. — Lavages intra-utérins. — Expulsion naturelle

Mme X..., habitant un village de la province d'Oran, mère d'une petite fille de deux ans, devint enceinte une seconde fois et eut une fausse couche de trois mois; de nouveau grosse, elle arrive au terme de la gestation sans que nous ayons rien à signaler de particulier. La poche des eaux se rompt prématurément, et ce n'est que trois jours après que le vrai travail commence.

La période de dilatation est longue et pénible; l'expulsion au contraire se fait rapidement et la femme accouche d'un enfant mort-né.

Le médecin de colonisation qui l'assistait, voyant que la délivrance se faisait attendre, ordonne du seigle ergoté et tire légèrement sur le cordon, qui lui reste entre les mains. Malgré ses efforts et son habileté, il lui est impossible de pénétrer dans la matrice pour avoir le délivre; le col, contracté spasmodiquement, ne permet pas même l'introduction de la pulpe du doigt.

M. le docteur Mondot, médecin traitant de l'hôpital civil d'Oran, est appelé vingt-quatre heures après l'accouchement et m'invite à l'accompagner.

L'examen direct au moyen du spéculum nous montre un col gros, large, œdématié, taché d'ecchymoses et sillonné de quelques éraillures; l'orifice interne, fortement contracturé, permet à peine l'introduction d'une sonde.

L'état général est du reste très satisfaisant. Il n'y a ni hémorrhagie ni aucun autre symptôme inquiétant en dehors des dangers que peut faire naître cette rétention du placenta. Aussi M. le docteur Mondot ne croit pas devoir employer les manœuvres de force, et conseille l'expectation, mais l'expectation armée, c'est-à-dire avec injections antiseptiques intra-utérines. Faute de mieux, une sonde en gomme ordinaire est introduite dans la cavité utérine, et l'on fait immédiatement un premier lavage à l'eau phéniquée à 2,5 0/0.

Le liquide qui s'écoule est couleur de rouille, souillé de sang et de débris provenant probablement des membranes et du placenta.

Le traitement suivant est institué :

Deux injections antiseptiques et intra-utérines par jour. Plusieurs injections vaginales dans les vingt-quatre heures.

Deux lavements par jour avec quelques gouttes de laudanum.

Sulfate de quinine opiacé.

Diète.

J'eus quelque temps après l'occasion de retourner dans ce village, et je trouvai Mme X..., très bien portante. Le docteur me raconta qu'il avait suivi ponctuellement les indications du traitement, que pendant plusieurs jours les injections faisaient sortir un liquide brun, très trouble, et qu'en même temps des débris « comme de peau » se présentaient à l'orifice externe de l'utérus et étaient extraits avec des pinces. Enfin, vers le dixième jour, l'accouchée avait eu de fortes tranchées; le matin, au moment de l'injection, on avait trouvé dans le vagin une masse molle, noirâtre, fétide qui était le reste du placenta et des membranes. L'état général s'était toujours conservé très bon. Moins de quinze jours après son accouchement, Mme X... vaquait à ses affaires.

Observation V

Rétention spasmodique produite par le seigle ergoté. — Expulsion naturelle le quatrième jour.

Ayant été appelé, dit le docteur Ollivier, auprès d'une jeune femme accouchée depuis trois jours et non délivrée, je la trouvai assistée d'un médecin et de la sage-femme qui avait fait l'accouchement. Le cordon n'avait pas été rompu, mais la sage-femme, en raison de la ténuité de ce cordon et de la résistance qu'elle avait à craindre, avait appelé un médecin, lequel, sans tenter d'extraire l'arrière-faix, avait administré depuis deux jours plusieurs doses d'ergotine, dont le résultat avait été de contracter l'utérus sans obtenir le résultat désiré.

L'introduction de la main dans le vagin me fit constater l'impossibilité de délivrer la malade par les moyens naturels, car je ne pouvais qu'à grand'peine introduire les doigts à travers l'orifice utérin, contracté et dur.

La femme était sans fièvre, ne perdait pas de sang, le pouls était bon, le ventre indolore et peu ballonné. Je fus d'avis d'attendre au lendemain, pensant

que, l'action du seigle ergoté ayant cessé, l'orifice utérin se dilaterait ou se laisserait dilater.

Mais le lendemain les choses étaient dans le même état.

Douches d'eau tiède fortement opiacées. A la sixième douche, le col utérin se distendit et l'arrière-faix fut expulsé. Il était d'un rouge vif à tissu serré ayant contracté la forme de l'organe où il avait été enfermé.

(Clément Ollivier, d'Ingrandes, Gaz. hôp., 1860.)

c) *Chatonnement.* — Les idées sont assez confuses sur le chatonnement du placenta, *hour-glass* des Anglais. On paraît l'avoir confondu avec le spasme de l'orifice interne.

Essayons d'établir une distinction :

Avant l'écoulement des eaux, la matrice a une sorte de régularité qu'elle perd à mesure qu'elle se débarrasse de son contenu. Lorsqu'elle se rétracte, elle tend naturellement à s'appliquer sur le corps qui reste en lui conservant sa forme. Elle enveloppe donc le placenta ; mais comme celui-ci ne remplit pas exactement la cavité utérine, il n'y aura que la paroi de la matrice en rapport avec l'organe qui se moulera sur lui : il y a une portion du corps de la matrice qui n'est pas contractée ; l'orifice interne non plus, à moins que ce ne soit à titre de complication.

Cet enkystement proviendrait de ce que la partie de la paroi utérine où s'insère le placenta reste dans l'inertie, tandis que les autres se contractent autour de lui. (Levret.)

Le placenta, protégeant les parties qu'il recouvre, les soustrairait à l'irritation du travail, tandis que les autres parties subiraient cette influence et se contracteraient. (Devilliers.)

Enfin, plusieurs accoucheurs croient que le tiraillement du cordon peut stimuler les fibres utérines au point d'insertion du placenta, de manière que celles-ci l'enserrent comme dans un cercle de fer.

En général, ce spasme n'est pas de longue durée et la nature triomphe ordinairement de l'obstacle.

Il ne devient grave que dans le cas où il se prolonge et où il se complique d'accidents.

Nous ne citerons que pour mémoire les deux observations rapportées

par Guillemot, 1784 et 1779 (Arch. gén. de méd., 1833, t. II, p. 206.)

Nous résumerons cependant trois observations de Dubroca (Gaz. des hôpitaux, 1835), parce qu'elles montrent qu'on peut observer deux variétés de chatonnement ; elles tiendront lieu de description :

Observation VI

Il s'agit d'une femme qui venait d'accoucher et que la sage-femme déclarait ne pouvoir délivrer parce qu'elle ne trouvait pas le placenta. Dubroca, mandé, suivit le cordon ombilical, qui l'amena au fond de l'utérus, où il se terminait brusquement. Il découvrit bientôt qu'il passait par une petite ouverture qu'il remplissait entièrement.

C'est là un exemple de chatonnement complet.

Observations VII et VIII

Dans le deuxième cas, le chaton était beaucoup plus large et on pouvait facilement y introduire deux doigts. Le cordon, seule partie qui le traversait, était parfaitement libre.

Dans le troisième cas, vers la partie moyenne de l'utérus, existait une forte bride, disposée en anneau, qui la divisait en deux cavités à peu près égales : une vers le fond, l'autre vers les parties externes. Chacune de ces cavités renfermait la moitié du placenta, qui se trouvait étranglé fortement à sa partie moyenne par la contraction de l'anneau utérin. Le cordon traversait ce dernier et s'implantait sur la portion du placenta qui se trouvait logée dans la cavité postérieure de l'utérus.

Dans ces deux cas, le chatonnement était incomplet.

d) Les lésions organiques de la matrice. — Ces obstacles peuvent, on le comprend à priori, intervenir de deux façons : en empêchant le décollement placentaire ; en produisant un rétrécissement au niveau

du col. Nous trouvons dans la *Lancette française*, en 1862, une curieuse observation à cet égard : « Il ne nous paraît pas d'ailleurs complètement prouvé que la tumeur fibreuse ait causé, à elle seule, le non-décollement placentaire. Toujours est-il que l'expulsion du fœtus ne put se faire qu'à travers une rupture du placenta et que la mort fut causée par d'abondantes hémorrhagies. Dans ce cas, la tumeur était interstitielle, et nous croyons sans peine qu'un vrai polype n'eût probablement pas joué un pareil rôle ; nous ne trouvons rien de bien précis dans les auteurs à ce sujet. Il est cependant bien permis de conjecturer que la tumeur pédiculée n'empêchant pas, comme une tumeur interstitielle, le retrait de l'utérus, doit avoir peu d'influence directe sur le décollement placentaire. »

Sur sept observations colligées dans divers auteurs et où nous avons une insertion plus ou moins étendue du placenta sur la tumeur, nous trouvons trois cas de mort, proportion assurément effrayante ; car, outre l'arrêt du décollement du délivre et comme conséquence, il arrive fréquemment des hémorrhagies très graves ; ces hémorrhagies ont compliqué quatre fois les suites immédiates de l'accouchement. Sur ces sept cas, deux fois il fallut extraire le placenta. Voici une raison qui nous semble bien plausible et qui servirait, selon nous, à expliquer cette difficulté du détachement de la masse placentaire dans les cas de son insertion partielle ou totale sur la tumeur. Le fibrome est ordinairement isolé du muscle utérin par le tissu cellulaire ; la partie du placenta qui s'insère sur la tumeur est donc, en quelque sorte, dérobée à l'action rétractive des tuniques musculaires utérines : à ce sujet encore, bien des variétés, suivant que la tumeur est complètement interstitielle avec une couche de tissu utérin à sa surface ou tout à fait sous-muqueuse. Un point à ajouter encore et qui n'est peut-être pas des moins importants, c'est cette atrophie péri-néoplasique, atrophie qu'on rencontre souvent dans la fibre cellulaire utérine. Dans la plupart des cas de ce genre qu'il a observés, Guyon a noté l'amincissement de la paroi utérine du côté de l'abdomen. Cet amincissement, qui est souvent le résultat d'une ulcération, atteint souvent la dernière limite, au point que la couche mus-

culaire peut avoir entièrement disparu et la paroi correspondante n'être plus constituée que par le fibroïde lui-même. Qu'adviendra-t-il alors ? La portion de paroi restera immobile ou à peu près pendant que les autres se contracteront, et, si la matrice est déjà épuisée par l'expulsion du fœtus, le placenta, privé de la somme totale des efforts contractiles, pourra bien éprouver quelque difficulté à se décoller.

Supposons maintenant le décollement placentaire produit malgré ces diverses causes d'empêchement ; le placenta pourra-t-il s'engager dans le col utérin quand une tumeur fibreuse vient rétrécir plus ou moins le diamètre de cette ouverture ? Dans le cas de Blot que nous citons plus bas, le rétrécissement était considérable, le placenta resta engagé dans la cavité utérine et il fallut intervenir pour l'extraire.

Observation IX

Rétention causée par la présence de corps fibreux

Une femme d'Argenteuil est apportée à la clinique pour accoucher. Présentation par l'épaule ; une anse de cordon pend hors de la vulve. Version difficile, par Depaul, après tentatives infructueuses de Dubois et Blot. Au moment où la tête franchit la partie supérieure de l'excavation, on remarque un brusque ressaut, comme si elle avait franchi un obstacle. Elle sort aplatie latéralement. Le placenta reste élevé dans la partie supérieure de l'utérus comme dans une arrière-cavité. M. Dubois introduit la main profondément, et doit faire un certain effort pour faire franchir au délivre l'orifice de cette arrière-cavité.

Métro-péritonite et mort.

Autopsie. — Trois tumeurs fibreuses, dont une, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, partait de la partie moyenne de la face postérieure de l'utérus, remplissait le cul-de-sac utéro-rectal, avec lequel elle adhérait en plusieurs points, et la plus grande partie de la cavité utérine.

e) *Les déplacements utérins.* — Duchateau, en 1813, a le premier signalé les déplacements utérins comme cause de rétention. La

plupart des autres auteurs paraissent n'ajouter aucune importance à cette complication. Perret (th. de Strasbourg, 1866) croit à la difficulté réelle qu'éprouve le placenta à traverser un canal flexueux ; l'antéflexion produirait plus souvent la rétention que les autres déplacements. Nous n'avons pas trouvé cependant chez cet auteur d'observation concluante.

Remarquons cependant que la question des déplacements est une question nouvelle ; la plupart des accoucheurs l'ignoraient, et l'opinion de Stolz serait, aujourd'hui, bien modifiée. Bouchacourt a constaté plus d'une fois l'exagération de l'antéflexion normale, et il a pu se rendre compte de la nature de l'obstacle à la délivrance et du meilleur moyen pour le surmonter, c'est-à-dire de l'avantage incontestable non-seulement du relèvement et du replacement de l'utérus dans une meilleure position, mais encore de l'efficacité des manœuvres de l'expression qui remédie tout à la fois au déplacement partiel ou général et au relâchement de la matrice. « Je suis persuadé qu'un certain nombre de cas de rétention du délivre inscrits au titre des adhérences se rattachent, pour peu qu'on fasse un examen tant soit peu minutieux, aux divers déplacements utérins. »

Dans certains cas, le renversement utérin vient compliquer la rétention. On a tiré sur le cordon, qui est solide, la matrice est en état d'inertie ; le placenta est adhérent, on a produit une inversion utérine qui, si elle n'est pas cause de la rétention, est au moins une coïncidence fâcheuse. Hubert, de Louvain (1), Nœgelé et Grenser (2), Hegar (3), Barnes (4), Duncan, Playfair (5), citent des cas de ce genre et donnent contradictoirement les règles à suivre.

(1) Hubert. — Cours d'accouchements, t. II, p. 378.
(2) Nœgelé. — Traduction française, p. 642.
(3) Hegar. — Op. cit., p. 157.
(4) Barnes. — Leçons d'opérations obstétricales, tr. française.
(5) Playfair. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, trad. Vermeil, 1879.

§ II. — **Les causes de rétention tenant au placenta sont :**

a) Le volume excessif. — Sans parler des cas cités par Ruysch (th. anatomiques), pour lesquels les renseignements sont insuffisants, Wrisberg et Lassus assurent avoir recueilli des placentas de 1500 gr. Schmit en a rencontré de 2 kilog. Stolz en a vu dont le poids dépassait de beaucoup les dimensions normales, sans que leur constitution anatomique fût altérée. Velpeau en a extrait un qui pesait 2 livres. Carus, un de 2 livres 1/2. Stein, un de 6 livres et l'autre de 3 livres. Joany (th., 1871) cite une sage-femme qui, dans quarante ans de pratique, en a rencontré un de 5 livres et l'autre de 7 ; ce dernier était si volumineux qu'elle put le prendre, un instant, pour un deuxième fœtus. Dans beaucoup d'autres cas, les auteurs ont pris le placenta altéré ou malade pour le placenta hypertrophié. Les caillots résultant de l'hémorrhagie consécutive au décollement peuvent s'accumuler derrière les membranes, et si celles-ci se relèvent, formant un sac dont le fond serait représenté par la surface utérine du placenta, cet organe paraîtra augmenté de volume par le surcroît des caillots qui forment corps avec lui. Mais peu importe dans la pratique ; ce qui nous intéresse, c'est l'augmentation de volume. L'épanchement sanguin suivi de la transformation stéatomateuse du caillot en impose le plus souvent ; tels sont les cas de Meyer (Siebold's journ., t. III, p. 232), de Stein, etc. L'infiltration séreuse par stase sanguine (Cruveilher, Simpson) peut faire croire à l'hypertrophie du placenta. Joulin a noté les caractères de cette anomalie ; ce sont : la grosseur, la mollesse, la pâleur du placenta, qui, à la pression, rend une sérosité liquide ; on verrait la mort du fœtus dans la plupart des cas. De même Charpentier : « On rencontre souvent chez des femmes qui ont accouché prématurément ou à terme d'enfants putréfiés des placentas ayant le double, le triple de leur grosseur ordinaire. »

On conçoit que le décollement d'un délivre de dimensions aussi exagérées soit difficile, et, même décollé, qu'il ne puisse passer qu'au prix d'un déploiement de force considérable, là où passe facilement le

nouveau-né. Ajoutons que l'inertie de l'utérus vient souvent compliquer la scène.

Nous résumons une observation de Danyau, qui rapporte deux cas de tumeur du placenta (Journal de chirurgie, 1844). La délivrance fut gênée dans le premier.

Observation X

« Il s'agit d'une femme dont le troisième mois de la grossesse s'accompagna d'infiltration générale, avec distension excessive du ventre, qui amena l'accouchement prématuré à sept mois. La délivrance fut retardée ; le placenta, détaché et tombé sur l'orifice, résista aux tractions méthodiques exercées sur le cordon ; il finit par céder et par être extrait. Le placenta avait 24 centimètres sur 20. Sur la partie fœtale, au voisinage de la circonférence, se trouvait une tumeur ovoïde de 11 centimètres de long sur 8 de large. Les éléments de cette tumeur ressemblaient à du tissu squirrheux. »

Coudereau (Société de biologie, janvier 1876) a montré un fœtus dont la tête avait été écrasée entre deux tumeurs du placenta.

Les kystes du placenta (sanguins et gélatineux), que nous n'avons pas à décrire ici, peuvent augmenter le volume du placenta et amener ainsi sa rétention. Nous ne connaissons pas d'observation de ce genre.

Les squirrhes du placenta ne faisaient l'objet d'aucun doute pour Smellie et les accoucheurs qui lui ont succédé jusqu'à ces derniers temps. Les progrès de l'histologie ont démontré que le placenta n'était le siège d'aucun néoplasme et qu'on avait confondu avec les indurations graisseuses. Depuis que le microscope est venu jeter sa vive lumière sur l'anatomie et la pathologie du placenta, il y a une foule d'états morbides dont on ne parle plus ; les abcès et les squirrhes sont du nombre. Disons cependant que Charpentier admet des myômes fibreux et que Hyrtl a décrit, comme sarcomes, des tumeurs formées par du tissu conjonctif à tous les stades de développement.

Une disposition beaucoup plus rare du placenta a été signalée, dans

ces dernières années, comme pouvant amener la rétention. Nous voulons parler de cette forme de placenta connue sous le nom de placenta *succenturié* ou placenta multiple, à cotylédons séparés ou épars. Ici, comme dans les cas précédents, le placenta aura peine à s'adapter, à se mouler sur les parois de l'orifice de sortie. L'observation suivante, empruntée à Rambaud, en est une preuve convaincante :

Observation XI

Il nous souvient, dit Rambaud, que M. Pinard, suppléant M. le professeur Pajot, nous présenta un jour à son cours, le 6 juillet 1880, un placenta dont les cotylédons étaient dispersés et insérés sur tout le pourtour de l'œuf. La rétention de ce placenta l'avait obligé à l'extraire par l'introduction de la main. Le décollement, très laborieux et très pénible, avait dû être fait cotylédon par cotylédon. (Th. de Gerbaud.)

En résumé, on soupçonnera un placenta trop volumineux lorsque, au-dessus du pubis, on trouvera la matrice dure, globuleuse et longue ; par l'introduction du doigt, on sentira une masse molle couchée sur l'orifice interne. Le peu de résultat des tractions achèvera d'éclairer le diagnostic.

b) Rupture du cordon ombilical.— La rupture du cordon, en rendant toute traction impossible, complique assez souvent la délivrance. Disons tout de suite qu'un certain nombre d'auteurs (Bouchacourt) ne considèrent pas la rupture du cordon comme une cause de l'empêchement de la délivrance. Ils ne s'en servent que comme d'un conducteur. Citons comme causes de rupture du cordon :

La faiblesse de cet organe provenant soit d'une mauvaise nutrition, soit d'un arrêt de développement, de la syphilis, de la macération dans le cas de mort du fœtus.

On a cité encore : l'accouchement trop brusque (Colombe, th. conc.,

1834) ; la brièveté de la tige ombilicale (Velpeau), le trop grand nombre de circulaires, etc., etc.

Lorsque le cordon vient s'attacher à la périphérie des membranes au lieu de s'insérer au centre du placenta, lorsque les vaisseaux vont s'isolant comme les rayons d'un parasol ou se dissocient trop tôt, la force agit sur la racine du cordon, qui cède avant de l'avoir transmise au placenta, ou bien encore les vaisseaux isolés n'offrent plus la même résistance que lorsqu'ils sont réunis en masse.

Les tractions exagérées sur le cordon sont enfin la cause la plus fréquente de ses ruptures.

Aussi, toutes les fois qu'en tirant sur le cordon la main percevra des craquements successifs et qu'on le sentira s'allonger sans que le placenta fasse du chemin, il faudra redouter la faiblesse du cordon et faire les tractions avec le plus de ménagements possibles. On devra même confier la délivrance à la nature.

c) Insertion vicieuse du placenta.

L'insertion vicieuse du placenta est-elle une cause de rétention ?

Il est généralement admis que l'insertion marginale devient une source de difficultés dans la délivrance à terme. Ce mode d'insertion est défavorable à cause du mode d'action des fibres musculaires, qui prennent pour ainsi dire leur point d'appui en cet endroit, de sorte que la surface sur laquelle s'insère le placenta ne subit pas la diminution d'étendue nécessaire pour amener le décollement.

La contraction utérine, en appliquant l'une contre l'autre les faces antérieure et postérieure de la matrice, amène l'aplatissement et la compression du disque placentaire ; mais celui-ci n'est en aucune façon sollicité à se décoller.

Nous croyons bien faire de rapporter ici, d'après Rambaud, le résultat d'une autopsie faite à l'hôpital Lariboisière, bien qu'il s'agisse d'un avortement de six mois environ.

Observation XII

Insertion vicieuse du placenta.— Disposition du délivre, retenu après la mort de la femme

Le placenta est inséré sur le bord droit de la cavité utérine, de façon que les deux tiers du gâteau placentaire occupent une grande partie de la face postérieure de cette cavité, en arrivant fort près de l'orifice interne de la trompe droite, tandis que l'autre tiers occupe la partie droite de la face antérieure et le bord droit, au niveau duquel il présente un aplatissement et une dépression très marqués. L'utérus étant refermé, la face libre du placenta s'applique à elle-même, et c'est peut-être dans cette disposition de l'insertion placentaire qu'il faut chercher la cause principale de la rétention et de l'adhérence anormale. En bas, vers le col, le placenta s'insérait jusqu'à 6 centimètres de l'extrémité inférieure, mais à ce niveau une portion du placenta, longue de 5 centimètres, est décollée, et c'est en ce point que se faisait l'hémorrhagie qui a emporté la malade.

d) Adhérences anormales.

La pathogénie de ces adhérences est restée obscure; les auteurs ont étudié cette question en se plaçant à des points de vue systématiques, et les recherches histologiques ne sont pas encore parvenues à l'éclaircir.

Les théories principales invoquées pour expliquer cette anomalie sont : la placentite (Brachet), l'endométrite (Murat), l'exsudation inter-utéroplacentaire sous l'influence d'une inflammation chronique (Simpson), l'organisation du caillot à la suite d'hémorrhagies pendant la grossesse (Stolz), la modification des villosités placentaires et l'oblitération fibreuse et même calcaire de leur cavité (Robin), et enfin la persistance de l'état physiologique (Joulin). Disons un mot de chacune et voyons s'il convient d'en adopter une à l'exclusion des autres.

La théorie de la placentite, imaginée par Brachet, séduisit un grand nombre d'auteurs et fut adoptée avec ou sans modification par Dance, d'Outrepont, Cruveilher, Dubois, Désormaux, Ramsbootham, Montreuil. Malgré les observations d'hommes aussi autorisés, la placentite fœtale

n'est pas démontrée ; on n'a pas d'observation concluante. Cette théorie est abandonnée.

Au contraire, la placentite maternelle, ou l'inflammation de la muqueuse inter-utéroplacentaire avec effusion de lymphe plastique, a pu être constatée. A la suite d'un traumatisme par exemple, il se produirait un travail inflammatoire. D'après Braunn et Murat, ce serait d'abord une endométrite diffuse à tendance chronique qui se propagerait à la muqueuse inter-utéroplacentaire ; d'où exsudation et organisation des adhérences. La métrite et la placentite seraient comparables aux pleurésies et aux péritonites, avec production de fausses membranes et d'adhérences cicatricielles. Guéniot n'admet la possibilité de l'inflammation que dans des cas exceptionnels. Il cite, d'après Dubois, un cas dans lequel cet accoucheur avait diagnostiqué pendant la grossesse une métrite locale. On fit l'extraction du délivre et on put constater que les adhérences siégeaient principalement du côté opposé à celui qui avait été le siège de l'inflammation. D'ailleurs les inflammations sont incomparablement plus fréquentes que les adhérences.

Certaines de ces métrites et endométrites s'accompagneraient d'épanchement sanguin, de caillots qui, d'après Stolz, s'organiseraient et deviendraient fibrineux. Il cite à l'appui le cas d'une femme qui, au quatrième mois, aurait eu une hémorrhagie ; des adhérences s'étaient produites au niveau du foyer sanguin, qui fut retrouvé après la délivrance. Mais ne doit-on pas voir là une simple coïncidence ? D'après Guéniot et Robin, au lieu d'être une cause d'adhérence, les caillots seraient plutôt une cause de désunion. Les épanchements sont aussi beaucoup plus fréquents que les adhérences.

En 1848 et plus tard, en 1854, Robin expose sa théorie de la sclérose ou transformation fibreuse des villosités.

A un moment de la grossesse et sous des influences mal déterminées, la nutrition se fait mal dans la villosité, qui cesse de s'accroître ; les vaisseaux qu'elle contient s'oblitèrent et sont remplacés par du tissu fibreux qui en remplit le canal. Ces fibres sont entourées d'une substance amorphe, granuleuse, unissant des cellules allongées qui quelquefois

subissent la dégénérescence graisseuse et donnent à la coupe un aspect jaunâtre.

Cette transformation fibreuse qui se poursuit anormalement peut attaquer le placenta tout entier. Ce n'est pas l'effet d'une inflammation nécessaire ; la sclérose est primitive. A sa suite on peut voir des épanchements sanguins, des caillots apoplectiques.

Hégar, Meyer et Charpentier acceptent comme rationnelles les deux théories de l'inflammation et de la sclérose, l'une n'excluant pas l'autre.

Pour Joulin, un travail spécial prépare le décollement au moment du terme ; il se poursuit lentement et progressivement ; il consiste dans la prolifération des cellules épithéliales de la muqueuse utérine, de telle sorte que celles-ci constituent entre la matrice et le placenta une couche isolante de un tiers de millimètre à un millimètre et demi d'épaisseur. — Supposons au moment de l'accouchement une adhérence exagérée ; au lieu de rechercher quelle est l'altération pathologique qui a pu en déterminer la formation, ne serait-il pas plus exact de se demander pourquoi ces adhérences, qui étaient normales à quatre mois, n'ont pas été progressivement affaiblies dans la seconde moitié de la grossesse ; pourquoi le travail physiologique qui prépare la désunion ne s'est pas accompli dans ce cas ?

Les termes de la question devraient donc être profondément modifiés. L'adhérence exagérée serait une anomalie due à l'absence d'un travail naturel de désunion bien plus qu'à un travail pathologique de soudure.

Telle est, pour Joulin et Guéniot, l'explication qui paraît le mieux répondre à la majorité des cas. Mais il reste à déterminer pourquoi ce travail physiologique fait défaut, et cette hypothèse ingénieuse ne fait que reculer la question sans la résoudre.

En somme, toutes ces théories se résument dans les trois suivantes : théorie de l'inflammation, théorie de la transformation fibreuse des villosités et absence du travail physiologique de désunion.

Observation XIII

(RÉSUMÉE)

Adhérence intime totale. — Rétention cinq jours. — Guérison.

Mme T..., petite et chétive, multipare, accouche spontanément, 8 décembre; durée du travail, quatre heures. L'utérus se contracte mais la délivrance ne se fait pas, malgré des frictions sur le ventre. Les tractions n'ont pas plus de résultat. Le doigt, introduit dans le col, montre les membranes détachées autour de l'orifice ; elles se rompent. Dans la journée, trois tentatives inutiles de traction. Il n'y a point d'hémorrhagie. Le 9 et le 10, pas de changement. Le 11, écoulement vaginal légèrement odorant. Injections vaginales. Le 12, nouvelle traction ; le placenta cède et arrive sous forme de masse dure, élastique, blanc jaunâtre, friable et parsemée çà et là de petites concrétions ostéiformes. Pas d'hémorrhagie. Guérison rapide. (Th. Joany, loc. cit.)

Observation XIV

(RÉSUMÉE)

Travail long, forceps. — Adhérence intime partielle. — Délivrance complète. — Guérison.

Le 27 janvier j'accouche Mme L..., primipare, 26 ans, tempérament lymphatique. Travail de trois jours. Forceps; enfant mort. La matrice, revenue sur elle-même, est dure et globuleuse. Hémorrhagie que provoque l'introduction de l'index dans l'utérus ; le placenta est adhérent au côté droit. Tractions méthodiques en vain, frictions abdominales. La perte continuant (on n'essaie de l'arrêter par aucun des moyens appropriés), on introduit la main ; le placenta est détaché dans les trois quarts de son étendue. Saisi à pleine main, il est extrait en entier. L'hémorrhagie s'arrête instantanément ; la femme se rétablit. Le placenta présentait trois cotylédons indurés, élastiques, d'un blanc jaunâtre : c'était par eux que le placenta adhérait à la matrice. (Godefroy, journal des conn. méd. ch., 1846.)

Ces exemples sont en contradiction avec l'opinion de Charpentier, qui

a rarement observé des adhérences assez fortes pour mettre obstacle à la délivrance ; il n'en a jamais vu de générales ; il en a constaté quelques-unes de partielles, et assez ordinairement chez des femmes qui avaient souffert de l'utérus avant la grossesse ou dans les intervalles de plusieurs couches. — S'il est vrai que les adhérences soient très rares, par contre, il est bien admis pour nous qu'il y a :

Des adhérences générales (Obs. XIII et voir trait. obs.XXV.)

— partielles (Obs. XIV et XV et voir trait. obs. XXVI.)

Ces adhérences sont compliquées ou non d'hémorrhagie, accompagnées ou non de rétraction violente de la matrice. Elles peuvent être peu fortes (Obs. XIII et voir trait. obs. XXIV) ou au contraire exagérées et impossibles à surmonter (Obs. XV).

Dans certains cas, en effet, l'adhérence est tellement intime qu'on ne peut à l'autopsie distinguer le tissu placentaire du tissu utérin : il est impossible de dissocier les deux tissus même avec le bistouri ; on les déchire ou on les coupe, on ne les sépare pas. Nous avons cité le fait de Morgagni. Capuron en rapporte un autre (loc. cit. p. 346). L'observation suivante en est un exemple remarquable :

Observation XV

(RÉSUMÉE)

Adhérence partielle intime. — Intervention manuelle. — Mort

En 1867, dit Guéniot, je fus appelé par le docteur Lignerolles auprès d'une malade qu'épuisait une perte de sang. L'accouchement avait eu lieu deux jours avant. Le délivre était resté. On avait essayé de l'extraire à plusieurs reprises par des tractions sur le cordon et l'introduction de la main. On sentait engagée dans le col une portion de placenta sèche et filamenteuse ; le col, resserré, ne permet pas l'introduction de la main. La malade proteste qu'elle préfère mourir plutôt que de subir de nouveaux essais de délivrance. Cependant, le col s'étant un peu dilaté, on introduit encore la main ; malgré une

prudente insistance, force est de renoncer. Cataplasmes, tampon. Etat général très grave.

Mort le lendemain.

Autopsie. — Perforation de la matrice : la plaie à la face interne est large comme une pièce de 5 francs ; à la face externe elle admet à peine le doigt. L'adhérence est si grande qu'on ne peut distinguer de différence entre les deux tissus ; on ne les sépare pas, on les déchire. (Guéniot, adhérences anormales du placenta, Gaz. hôp., 1874.)

§ III. — Causes étrangères au système génital.

On comprend, sans que nous ayons besoin d'insister, que ces causes sont d'importance tout à fait secondaire. Stolz et Perret ont signalé la *rétention d'urine* comme obstacle à l'expulsion du délivre. Pendant le travail de l'accouchement, l'urine s'accumule dans la vessie, d'où elle ne peut être évacuée à cause de la compression exercée sur le col par la tête du fœtus. Il peut survenir une paralysie de la vessie et une distension telle que cet organe refoule la matrice en comprimant son segment inférieur. Alors, quand bien même le placenta serait décollé ou qu'il reposerait sur l'orifice interne, quand bien même on ferait des tractions sur le cordon, l'expulsion est impossible.

Aubenas a remarqué que le spasme du col utérin est une complication ordinaire de la rétention d'urine, qui ne serait donc qu'une cause de spasme.

Renaud (Th. Paris, 1876) admet aussi que la pression produite par la vessie distendue est un obstacle à la délivrance ; pour lui c'est un fait positif.

Observation XVI

(RÉSUMÉE)

Obstacle à la délivrance par rétention d'urine

Femme accouchée depuis vingt-six heures. La délivrance se faisait encore

attendre. Ni pertes, ni douleurs ; envie d'uriner et chaleur dans le canal de l'urèthre. La vessie se trouve à deux travers de doigt de l'ombilic. La femme n'avait pas uriné depuis la veille et ses efforts étaient inutiles. Derrière la vessie, on sent la matrice contractée et indolente. L'examen fait croire que le placenta est détaché. Les tractions sur le cordon font voir qu'il céderait plus tôt que le placenta. On prend le parti de vider d'abord la vessie ; on éprouve une résistance au col. Il s'écoule un litre et demi d'urine foncée. Alors il devient facile d'extraire l'arrière-faix au moyen du cordon. (Stolz.)

Observation XVII

(RÉSUMÉE)

Accouchement chez une multipare. La délivrance tarde à se faire pour cause d'adhérence supposée dn placenta. Deux heures après l'accouchement, les tractions sur le cordon sont encore sans effet.

Le premier soin de M. Perret fut de s'informer si la femme avait uriné. La vessie est distendue. Immédiatement avant de sonder, il s'assure que les tractions sur le cordon ne parviennent qu'à ramener la matrice en avant et à comprimer la vessie en provoquant un besoin douloureux d'uriner. Le cathéter est introduit ; l'urine s'écoule. La tumeur antérieure que faisait la vessie disparaît, laissant la place à celle formée par l'utérus. Au moment où l'on saisit le cordon pour le tendre, le placenta tombe dans la main de l'accoucheur. (Perret, th. Strasbourg, 1866.)

Nous ne croyons pas qu'il y ait simple coïncidence dans ces deux cas, surtout dans le second, dont l'auteur paraît avoir rencontré déjà plusieurs fois ce genre de rétention.

Nous pouvons ajouter à cette cause : *l'accumulation dans le rectum des matières fécales, les tumeurs de voisinage*, etc., etc.

La matrice, déviée de son axe, comprimée, écrasée par les matières fécales durcies ou par une tumeur du bassin, sera dans de mauvaises conditions pour l'expulsion du délivre. De plus, dans ces cas, les muscles abdominaux et diaphragmatiques épuisent une partie ou la to-

talité de leurs efforts sur la tumeur et que leur action sur la matrice est à peu près nulle. (Lecluyse.) (1)

Ajoutons à ces deux causes les *adhérences de l'utérus avec les organes abdominaux*. D'après Mme Lachapelle, elles s'opposeraient au retrait de la matrice après l'accouchement et seraient ainsi cause de retention.

Lange (2) cite une variété particulière de rétention du placenta avec deux ou trois observations à l'appui. Nous n'avons pu prendre connaissance de ce mémoire, qui vient de paraître en Italie ; cet auteur fait intervenir l'*abaissement de la tension dans la cavité abdominale*. Une fois que le placenta décollé repose sur le col, c'est en grande partie sous l'influence de la pression intra-abdominale qu'il est expulsé.

Fréquence. — Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet de la fréquence de la rétention. Les quelques chiffres que nous avons recueillis ne suffisent pas pour établir un semblant de statistique ; nous les citerons néanmoins comme présentant un certain intérêt.

Smellie a rencontré la rétention dans 1/50 des accouchements ; Merriman, 1/77 ; Ramsbotham, 1/134 ; Nœgelé, 1/90 ; Devilliers, 1/200 ; Barnes, Churchill, Jonson, 1/500 environ. A Beaujon, sur quatre cents accouchements, Couecou n'a observé que deux fois la rétention complète et deux fois la rétention des débris.

Pour nous expliquer de si grandes différences (de 1 à 10), nous sommes obligé d'admettre que certains auteurs ont dû faire entrer dans les cas de rétention tous ceux dans lesquels on avait observé le moindre retard dans la sortie du délivre, et que d'autres, au contraire, n'ont fait entrer dans leurs statistiques que les cas de rétention prolongée et avec adhérences ; malheureusement ils ne donnent aucune indication à ce sujet.

(1) Lecluyse. — Annales de la Soc. méd.-chir. de Bruges, 1847.

(2) Lange. — Sur une variété particulière de rétention du placenta. (Rev. de Hayem, 1889.)

Nous sommes étonné de voir certains accoucheurs nous donner des tableaux de quatre cents, cinq cents ou six cents cas personnels de rétention ; il est probable qu'ils doivent compter les cas de rétention après avortement, beaucoup plus fréquents. Pour notre part, dans nos quatre ans et demi d'internat à l'hôpital d'Oran, nous avons assisté à plus de trois cents accouchements sans jamais rencontrer une seule fois la rétention ; il est vrai que nous n'avions pas de sage-femme. Les deux observations que nous rapportons sont de la clientèle civile du docteur Mondot, chef de la maternité d'Oran.

Cet accident serait plus fréquent chez les femmes aisées que chez les femmes pauvres, chez les sédentaires que chez les habitantes de la campagne, chez les multipares que chez les primipares. Quelques personnes paraissent prédisposées au renouvellement de cet accident. Stolz en cite deux exemples remarquables. Nous donnerons le résumé d'un cas observé par Balard.

Observation XVIII

Aux environs de Montpellier, il a soigné une femme ayant eu cinq accouchements normaux. Dans les deux derniers la délivrance avait été assez pénible ; une sixième grossesse survint ; le placenta fut retenu avec adhérences : on le détacha avec la main. Un septième accouchement eut enfin lieu et une nouvelle intervention fut nécessaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans le chapitre précédent nous avons dit quelques mots de l'anatomie pathologique des adhérences, dont la pathogénie est encore obscure.

Nous avons exposé les théories de l'inflammation, de la sclérose des villosités, etc. Nous n'y reviendrons pas. Nous nous proposons d'étudier ici les altérations locales de l'utérus et de ses annexes résultant de la rétention et les diverses modifications que subit le placenta dans la cavité utérine.

1° Altérations locales de l'utérus. — La rétention peut amener des changements sérieux dans la texture anatomique de l'utérus. Tantôt on observe l'hypertrophie du tissu utérin, l'épaississement des parois, ainsi que l'élargissement plus ou moins permanent de la cavité de l'utérus. Ces modifications anatomiques ne vont pas sans s'accompagner de déplacements, de métrite, etc., coexistant avec des symptômes significatifs. Tantôt on remarque l'atrophie du tissu musculaire ou de la tunique muqueuse ; l'amincissement des parois peut être extrême « de telle sorte que, de tout l'utérus, on peut dire qu'il n'est resté que la tunique péritonéale. (Krieger.) » Les tumeurs de l'utérus, les môles, le râclage avec les ongles, le curage aveugle, les tentatives immodérées d'extraction, peuvent produire de pareils résultats et même amener des ruptures utérines, l'inversion, etc. Combien de femmes ne font-elles pas dater leurs douleurs de l'époque de leur accouchement !

Au niveau de l'insertion placentaire, le tissu utérin est parfois si friable qu'une action même modérée de la main suffit à perforer l'utérus, ainsi que le démontre l'observation de Guéniot.

Beaucoup de femmes ont pu garder leur placenta sans aucun accident,

sans aucun trouble du côté de la matrice ; plusieurs ont pu redevenir enceintes, comme on le voit dans une de nos observations ; d'autres au contraire n'ont plus pu concevoir.

Lorsque les accidents septicémiques se développent, la matrice et ses annexes, le péritoine et les parties voisines offrent les lésions habituelles.

2° Modifications du placenta. — Nous étudierons les modifications du placenta : décollé, partiellement adhérent et adhérent ; nous passerons ensuite en revue ses diverses transformations et les théories de l'absorption et de l'élimination insensible.

a) *Placenta décollé.* — Nous savons que c'est le cas le plus fréquent. Le délivre décollé est resserré plus ou moins dans la cavité utérine, où il se tasse, se décolore, se moule ou prend la forme d'un sablier, comme dans les cas de chatonnement. Il peut rester ainsi sans amener d'accidents.

Souvent, au contraire, la putréfaction commence après un temps variable : l'air pénétrant dans l'utérus est en contact avec des caillots sanguins, des organes sans vie, humides et plongés dans un milieu à température élevée, conditions favorables à la décomposition. Les lochies deviennent fétides. Le placenta se désagrège et s'élimine par fragments ou séjourne en masse, comparable à une vieille éponge imbibée.

On a voulu admettre deux degrés dans cet état. Dans le premier, il n'y aurait pas encore infection ; « l'altération est comparable au rancissement des graisses. (Gerbaud.) » Il s'agirait d'une décomposition chimique, d'une production d'alcaloïdes à odeur très pénétrante ; il n'y aurait pas encore des microbes fermentatifs. Il n'y aurait pas ou peu de réaction. C'est probablement à cause de cela que Pajot conseille d'attendre l'apparition de l'odeur pour agir. Mais les choses vont plus loin et plus vite ; le second état ne tarde pas à se manifester ; les lochies sont séro-sanguinolentes et purulentes, noirâtres, d'une fétidité extrême. Les phénomènes inflammatoires deviennent inquiétants, la fièvre s'élève ; l'état général devient de plus en plus mauvais. L'infection est manifeste.

b) Placenta partiellement adhérent. — Une partie du placenta est décollée, l'autre est plus ou moins adhérente. Les modifications anatomiques sont les mêmes : la putréfaction atteint les points décollés et respecte les autres (Observation XVII). La partie mortifiée peut rester dans l'utérus ou se désagréger peu à peu ; les masses connectives d'abord' le tissu fibreux ensuite, sont expulsés par fragments.

c) Placenta adhérent. — Dans ces cas l'expulsion est plus retardée, le placenta reste à l'état frais, conserve sa forme mais diminue de volume, surtout si la rétention est très prolongée, il se racornit, se dessèche. Il continue à vivre dans la matrice, mais sa nutrition est imparfaite, il s'atrophie.

Enfin, la rétention se prolongeant indéfiniment, le placenta peut dégénérer. La môle utérine a des attaches très solides ; les villosités hypertrophiées se sont creusé des loges dans le tissu de la matrice et arrivent quelquefois en contact avec le péritoine. M^me^ Boivin a cité un cas de rupture utérine due à la présence d'une môle. Quand l'expulsion se fait, il est rare qu'elle se fasse en bloc ; la partie dégénérée s'échappe, accompagnée de pertes sanguines abondantes ; mais les parties adhérentes ne sortent que peu à peu. La réparation des parois utérines est, dans ces cas, longue et accompagnée d'accidents graves.

C'est dans ces cas de rétention prolongée qu'on trouve de vieux placentas ayant subi la dégénérescence graisseuse ou calcaire. Au dire de Guéniot, ces granulations calcaires qui parsèment la surface du délivre se rencontrent plus souvent sur des placentas sans adhérence.

Que dire de la transformation du délivre en môle hydatique et en polype placentaire ? Elle est admise par Burns, Velpeau, Schrœder, et signalée par Sinéty et Maslowsky (1). Cet auteur a recueilli huit cas de polype expulsé et deux pièces anatomo-pathologiques, dont une après accouchement. Pour lui, le substratum anatomo-pathologique des polypes dans la rétention du tissu placentaire est formé par l'inflammation chro-

(1) Annales de gynécologie. 1880.

nique de la caduque avec altération régressive des villosités, dans le cas où le placenta a été retenu en totalité ou en partie, et par l'altération inflammatoire chronique de la paroi utérine, dans les cas où il n'y a pas adhérence. Dans le premier cas, le tissu conjonctif interposé aux villosités forme un lien solide entre ces dernières et la paroi utérine, de telle sorte que le placenta fait corps avec la matrice, dont les contractions sont insuffisantes pour le chasser, et il pend dans la cavité. Dans le deuxième cas, le tissu conjonctif développé dans la paroi utérine amène la dissociation des faisceaux musculaires et des éléments voisins, en même temps qu'une altération régressive de ces derniers. Il en résulte une hernie de la partie malade de la paroi dans la cavité. Ces altérations minutieusement observées constituent le point de départ de tumeurs dont le développement doit être d'abord attribué à une atonie utérine partielle. Les symptômes des polypes placentaires sont les mêmes que ceux des polypes fibreux par exemple. Le diagnostic est donc très difficile, pour ne pas dire impossible. Nous regrettons de n'avoir pu trouver une observation de Jacquet dont on nous a parlé.

Absorption du placenta.— Nœgelé (1), le premier, a mis en lumière les cas de disparition du placenta. Quatre observations qu'il rapporte lui font attribuer ce phénomène à l'absorption « sans toutefois méconnaître combien il est facile de se faire illusion et combien il y a de difficultés pour se procurer des observations à l'abri de toute objection. » Velpeau, Maslieurat, Lagémart, Villeneuve, Mordret, ont publié des observations qui paraissent concluantes, mais qui sont discutées et mises en doute par M^me^ Boivin et Jacquemier, qui admet l'atrophie du placenta, atrophie favorisée par la compression qu'exerce le retour de l'utérus sur lui-même.

Barnes dit à ce sujet : « Puisque des hommes dignes de foi l'ont vu, je le crois, mais si je l'avais vu moi-même, je douterais. »

Hégar admet la possibilité de la résorption, mais croit qu'elle ne sera

(1) Voir Gaz. hôpitaux. 1840.

démontrée que lorsque des faits nouveaux et plus probants auront été publiés. Il n'admet comme probables que les cas dans lesquels on n'a observé aucun écoulement soit sanguin, soit séreux, soit purulent qui aurait pu entraîner le placenta.

Joulin rejette absolument la théorie de l'absorption : « En admettant, dit-il, que le tissu conjonctif du délivre puisse être résorbé, comment peut-on l'admettre pour les parties fibreuses ? » M. le professeur agrégé Gerbaud résume ainsi la question : « Cette absorption ne peut se faire qu'après une dissolution complète de tous les éléments de l'arrière-faix. Cette dissolution n'est jamais complète ; les parties fibreuses résisteront et s'échapperont au dehors ; ce qui sera absorbé sera des produits putrides qui amènent des accidents formidables. Dans les cas admis par les auteurs, la décomposition des parties se fait très lentement par désagrégation de particules solides qui ne peuvent qu'être *rejetées au dehors*. On conçoit que des lambeaux aussi ténus échappent à toute observation ; l'écoulement léger, s'il se manifeste, passera toujours pour une leucorrhée. » En résumé, les auteurs contemporains rejettent tous la résorption du placenta.

Exfoliation insensible du placenta. — Trois facteurs sont ici nécessaires : le temps d'abord, un état général excellent de la malade et des dispositions de l'utérus tout à fait exceptionnelles. M. le professeur agrégé Garimond a discuté et décrit avec un rare bonheur l'exfoliation insensible. Nous résumons les conclusions de son travail :

« Nous avons cru pouvoir établir que l'adhérence ne modifiait point le mécanisme fondamental de l'expulsion du placenta. *C'est toujours à l'extérieur qu'il est rejeté*, tantôt en masse et en une seule fois, tantôt sous forme demi-liquide ; d'autres fois au contraire, lentement, par élimination de molécule à molécule durant des mois entiers... Voici quel est l'ordre de succession des divers phénomènes : Lorsqu'en présence d'une adhérence persistante aucun accident ne se déclare, les fonctions de l'utérus continuent à s'exercer avec régularité, l'organe se rétracte et diminue de volume comme dans l'état ordinaire. La portion

du placenta qui appartient à la mère est rapidement résorbée, subissant l'influence du travail atrophique exagéré auquel participe l'utérus. Le sang de ses vaisseaux rentre dans la circulation maternelle, et les membranes, d'une ténuité extrême dans les points où elles existent, disparaissent par le même mécanisme, qui détruit, en les condensant, une quantité de fibres musculaires de formation récente. Si l'adhérence est incomplète, le sang n'est pas résorbé, il s'écoule à l'extérieur. Le reste du placenta, qui en constitue la plus grande partie, est soumis à une pression graduelle et considérable dont nous ne pouvons exactement mesurer l'intensité. Cependant nous savons qu'elle peut être très grande. L'utérus, rétracté, condensé, n'a rien perdu de son activité ; ce n'est plus par poussées successives et irrégulières qu'il agit, mais par son action continue, action à laquelle une partie de ses éléments musculaires donne une énergie considérable. Les liquides du placenta sont d'abord successivement exprimés et expulsés à l'extérieur. Les solides sont ainsi mis à l'abri d'une décomposition trop rapide. Plus tard, ils subissent à leur tour, dans quelques points limités, une désorganisation incomplète, et à mesure que les parties de tissu sont détachées, elles s'échappent à l'extérieur molécule à molécule, poussées par leur propre poids ou sous l'influence de la rétractilité musculaire, se mêlant ainsi aux produits de sécrétion fournis par l'utérus et échappant à notre examen direct.... Seule, cette théorie rend compte de tous les faits, s'appuie sur l'analogie et se trouve en rapport avec l'organisation et les fonctions de l'utérus après l'accouchement. »

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

On peut juger, par tout ce que nous avons dit jusqu'ici, que les symptômes sont nombreux et variables comme les causes et les formes de la rétention.

Ils peuvent être nuls, comme dans les cas d'expulsion spontanée ; tout au plus, pendant les premiers jours, remarque-t-on un sentiment de pesanteur au niveau du bas-ventre et des douleurs expulsives légères et intermittentes. Les lochies peuvent être fétides ou non, avec ou sans débris placentaires. D'autres fois, les symptômes sont plus marqués, il y a un peu de fièvre ; les lochies sont plus abondantes, plus fétides, des hémorrhagies intermittentes surviennent et peuvent persister jusqu'au moment de l'expulsion. Enfin, dans les cas graves, l'empoisonnement se fait plus ou moins rapidement ; la mauvaise odeur des lochies est extrême, les frissons, la fièvre, les hémorrhagies se déclarent quelquefois avec une grande violence ; le ventre se ballonne, devient sensible à la pression ; la face est grippée, prend l'aspect péritonéal ; la péritonite entre en scène ; elle peut se généraliser ou se cantonner dans le petit bassin ; le pus envahit les trompes et les ligaments ; la thrombose spontanée des veines utérines, la phlegmatia des membres, apparaissent à leur tour. L'état général est très grave, et la mort survient rapidement si l'on n'agit avec décision, fermeté et persévérance.

Dans les cas de guérison, ce n'est pas sans préjudice grave que la femme subit de si profondes altérations ; son état général s'en ressent quelquefois pendant de longues années.

Peut-on prévoir à l'avance ces accidents et les prévenir ? Nous verrons qu'on ne doit pas attendre qu'ils se déclarent pour agir. Le premier de tous ces accidents et le plus redoutable, c'est l'hémorrhagie. Au moment du décollement, elle se produit toujours normalement ; mais elle est vite arrêtée par le retrait continu de la matrice sur elle-même. Sa persistance est donc une preuve que le placenta est décollé partiellement ou totalement ; dans ce dernier cas, elle fait penser à l'inertie de la matrice, qui peut, du reste, être une coïncidence ou la cause même du retard dans le dégreffement incomplet. La perte disparaît après la délivrance. Lorsque le placenta est retenu un certain temps, nous voyons, d'après nos observations, que les hémorrhagies ont un caractère variable suivant les sujets : plus ou moins abondantes, intermittentes ou continues, rouges, roussâtres, fluides ou avec des caillots, elles s'accompagnent du cortège ordinaire : anémie, amaigrissement, etc.

Le second symptôme important, c'est l'odeur, qui peut manquer dans quelques cas naturels et sous l'influence du traitement.

Nous avons déjà noté l'augmentation de volume de l'utérus, sa dureté ou sa mollesse, les symptômes d'irritation ou de voisinage, les troubles nerveux réflexes du côté du tube digestif ou de la vessie.

La fièvre, l'infection, les perversions nerveuses que nous signalons dans quelques observations n'offrent rien de particulier à la rétention du placenta, et dans cette affection ces divers symptômes peuvent manquer, se présenter isolément ou varier d'intensité.

Ces symptômes permettent d'établir assez facilement le diagnostic ; les commémoratifs l'imposent. Le défaut d'expulsion du délivre ne passe pas inaperçu, comme il arrive après l'avortement. Qu'on nous permette cependant de signaler une cause d'erreur : Guéniot a été appelé auprès d'une femme se plaignant de douleurs : elle avait été inscrite à l'hôpital comme accouchée avec délivrance naturelle. Il y avait seize heures que l'enfant était né. Or, au moment où l'accoucheur approchait le doigt du vagin, le placenta lui tomba dans la main. L'élève sage-femme avait pris sans doute les membranes pour le placenta entier, ou peut-être pour un placenta membraneux. Mais on sait que cette variété n'existe pas dans

l'accouchement normal à terme. De là le précepte que le médecin doit toujours se rendre compte de l'état du délivre et demander à l'examiner s'il n'a pas fait lui-même l'accouchement.

Nous arrivons naturellement au diagnostic de la rétention d'une portion du placenta. Si l'accouchement est récent, les commémoratifs nous mettront encore facilement sur la voie. Si la rétention est ancienne, les symptômes ne sont pas caractéristiques et sont communs au fibrome, au polype, au carcinome, aux granulations, à certaines métrites.

Sans insister sur les symptômes différentiels et connus de ces divers états pathologiques, disons qu'un examen sérieux et un interrogatoire bien conduit permettront de limiter le diagnostic entre le polype et la tumeur placentaire. Or, d'après ce que nous avons vu au sujet des transformations polypeuses du placenta, nous voyons que le diagnostic est pour ainsi dire impossible, ce qui n'a pas grande importance pour le pronostic et ne peut faire varier le traitement.

L'adhérence anormale du placenta doit-elle et peut-elle être diagnostiquée? Au point de vue du pronostic, au point de vue du traitement, il y a parfois intérêt à être fixé.

Voici comment on doit procéder, mais seulement dans les cas où il est bien indiqué de le faire. On saisit le cordon de la main droite et le plus près de la vulve ; on le recouvre d'un linge afin d'avoir prise ; on le tend d'une façon continue mais sans forcer, et on attend en favorisant les contractions par des frictions. Supposons une adhérence. Si l'on cesse de tendre on a la sensation du cordon qui remonte de toute la longueur dont il était sorti. Cette rentrée subite est la conséquence, non seulement de l'élasticité du tissu placentaire, qui allongé par la traction funiculaire revient rapidement sur lui-même, mais encore du retrait de la paroi utérine, fortement abaissée. A partir de ce moment on ne doit plus insister. Du reste, l'absence d'hémorrhagie, l'absence d'odeur, mettent sur la voie du diagnostic. Il est cependant difficile de résoudre parfois la question : on peut croire, en effet : que le placenta est décollé, car il y a de la putréfaction ; qu'il n'est pas décollé, car il n'y a pas d'hémorrhagie (dans ce cas, l'utérus est en général fortement contracté) ; enfin,

qu'il est incomplètement décollé, car il y a hémorrhagie et odeur, et cependant les tractions sont sans résultat.

Et pourtant, dans tous ces cas, il peut y avoir un décollement incomplet soit central, soit périphérique ; l'index gauche, porté dans l'utérus pendant une tentative de traction, permettra de sentir une partie du délivre.

La durée de la rétention est variable : depuis plusieurs heures jusqu'à plusieurs semaines, plusieurs mois. Les cas de plusieurs années cités par les auteurs n'ont de remarquable que leur rareté. Le mode de traitement influe sur la durée ; un délivre entier est plus facilement expulsé qu'une portion de placenta. D'après Hervieux, il solliciterait plus énergiquement les contractions utérines qu'un délivre fractionné.

PRONOSTIC

Citerons-nous les statistiques données par les auteurs classiques auxquelles nous pourrions joindre celles d'Ulsamer, de Ramsbotham, etc. ? Toutes concluent en faveur de l'intervention. Le chiffre des morts dans l'expectation est vraiment terrifiant, ce qui explique ce mot de Pajot : « Toute accouchée qui garde dans son utérus un placenta à terme est une femme morte. » En réalité les résultats qu'elles donnent diffèrent assez les uns des autres ; le chiffre des décès dans l'intervention atteint les proportions variables de : 1 : 9, 1 : 11, 1 : 13, et 1 : 5 ; dans l'expectation la moyenne est de 1 : 2

Nous ferons remarquer :

1° Que ces statistiques ont été faites par les interventionnistes qui sont intervenus dans tous les cas, mais qui n'ont pas pu toujours enlever le placenta, de telle sorte que bien des accidents produits par des manœuvres fatigantes ou maladroites ont été mis sur le compte de l'expectation, comme dans l'observation suivante.

Nous citons textuellement le titre de cette observation :

Observation XIX

(RÉSUMÉE)

Rétention totale du placenta. — Inertie de la matrice. — *Non-intervention.* — Infection purulente. — Péritonite. — Mort.

Femme de 40 ans, multipare; huit jours avant les premières douleurs ne sent plus son enfant remuer.

Prise de douleurs à quatre heures du matin, elle trouve une sage-femme qui *essaie pendant plus de deux heures de faire la version* sans pouvoir y parvenir. La malade entre à l'hôpital. Les internes, rassemblés à la salle d'accouchement, la touchent successivement. Le fœtus se présente en position transversale ; il est au détroit inférieur ; la version n'est plus possible. Au bout d'un certain temps, la version spontanée se produit. On extrait l'enfant au moyen du doigt en crochet. Enfant mort et décomposé.

Inertie utérine.

On essaie à plusieurs reprises d'extraire le placenta, mais on est obligé d'y renoncer.

Bouillon froid ; limonade vineuse ; glace.

2e jour — Deux frissons — Vomissements — Ventre ballonné. Le liquide qui sort par la vulve est gris noirâtre et répand une odeur repoussante. Injections vaginales d'eau de guimauve. Bouillon, glace.

3e jour — Trois frissons. Facies grippé subdélirium, etc. Même traitement.

4e jour — Seigle ergoté. Douleurs expultrices. Ventre ballonné. Lochies abondantes et fétides. Frissons. Même traitement.

5e jour — Mort. (Couecou, th. Paris, 1872).

Voici donc un cas dans lequel la mort est mise sur le compte de la *non-intervention* ; la péritonite et l'infection purulente, sur le compte de la rétention ! Et les tentatives de version pendant deux heures et les touchers répétés, les tiraillements sur le cordon et l'introduction à plusieurs reprises de la main dans l'utérus pour arracher le placenta adhérant, qu'est-ce que tout cela, sinon de l'intervention, et une intervention

suffisante à expliquer la mort ? Un esprit non prévenu aurait pensé que l'inertie qui a suivi l'accouchement était la conséquence naturelle des manœuvres de la version et la cause probable de la rétention ; on aurait attendu quelque temps avant de fourrager dans l'utérus ; et le placenta n'aurait pas tardé à se décoller dès que la matrice aurait repris ses contractions

Nous ferons remarquer en outre : 2° Que beaucoup d'interventionnistes, après avoir essayé de délivrer la femme avec la main et avoir abandonné le délivre dans la matrice, ont fait des douches utérines qui ont amené le retrait de cet organe de manière qu'une légère traction sur le cordon délivre la femme. Ils n'hésitent pas à rapporter ce succès à l'intervention, ainsi que nous avons pu le constater dans nos recherches.

Nous avons la conviction que bien souvent on est en droit de penser que la femme guérit malgré l'intervention.

3° Lorsqu'ils reconnaissent l'intervention impossible, les interventionnistes deviennent pour la plupart beaucoup trop expectants. Leur rôle se borne à laisser agir la nature.

4° Leurs statistiques manquent de détails, de clarté ; ce ne sont pas toujours les mêmes facteurs qui sont en présence. Il est évident que celui qui intervient au bout de quinze minutes doit compter plus de cas de guérison que celui qui attend deux heures. Et si, comme Mauriceau, ils introduisent la main dans l'utérus immédiatement après l'accouchement, ils comptent un nombre incalculable de guérisons.

Dans la plupart des cas, ils interviennent prématurément, quand il n'y a aucun danger, aucune hémorrhagie, à peine un retard de quelques minutes. Ils ne laissent pas à la nature le temps d'accomplir son œuvre quand ils ne la contrarient pas, et ce succès facile qu'eût donné aussi sûrement l'expectation, ils le mettent sur le compte de l'intervention.

La délivrance physiologique serait plus fréquente, dit Bouchacourt, si on était moins pressé d'intervenir et si on attendait plus souvent et avec plus de confiance les effets d'un processus régulier si souvent

entravé dans son évolution. Et Munthe (1) : « La délivrance étant un acte naturel et physiologique, le rôle du médecin dans un accouchement normal est celui d'un observateur vigilant et attentif ; dans les cas de dystocie, il doit se borner à aider la nature, à corriger ses erreurs en favorisant les processus connus sans vouloir la forcer et la dominer.

En vérité, le pronostic ne nous apparaît pas aussi effrayant. Nous voyons tous les jours relater des cas dans lesquels des femmes conservent pendant des jours, des semaines et même des mois et des années un placenta dans la matrice, sans pour cela être incommodées le moins du monde. On en a même vu devenir enceintes une seconde fois et mener à bon terme la gestation ; dans l'autopsie de vieilles femmes on a trouvé parfois dans l'utérus des corps étrangers qui n'étaient autre chose que des anciens placentas retenus. (Charpentier.)

Nous devons aussi nous préoccuper de l'opinion des auteurs qui, comme Ruysch, Laforgue, prétendent que dans toute leur pratique ils n'ont presque jamais eu besoin d'intervenir directement et *n'ont jamais perdu une seule accouchée par suite de rétention du placenta*.

Nous pouvons enfin mentionner les treize cas cités par Hégar où, bien qu'on n'ait pas pratiqué d'opération manuelle, mais des remèdes convenables, aucune ne succomba. (Hégar, op. cit., p. 152.)

On ne saurait se dissimuler que, si les éléments de semblables statistiques sont difficiles à recueillir, plus difficile est encore la judicieuse appréciation du rôle dans l'aggravation du pronostic, des éléments morbides locaux et généraux mis en parallèle avec l'influence des procédés opératoires, dans lesquels il faut démêler non seulement ce qui est le fait de la méthode opératoire, mais de son mode d'exécution et du moment pris pour l'employer. « On risque fort de trop charger tantôt le chiffre des résultats d'une série, tantôt celui d'une autre, sans qu'on puisse exactement démontrer quelle part il est permis de faire à l'intervention et à l'expectation. (Bouchacourt.)

Du reste, le pronostic est nécessairement subordonné à la cause qui

(1) Th. Paris, 1880. — Prophylaxie et trait. des hém. post. partum.

produit la rétention : les cas d'inertie utérine seront moins graves que les adhérences anormales, partielles, etc.

Il est facile de comprendre que l'étendue, la solidité des adhérences, l'état sain ou pathologique des surfaces utéro-placentaires, l'abondance des hémorrhagies, leur soudaineté ou leur prolongation, la faiblesse native ou acquise de la parturiente, le milieu campagne, ville ou hôpital, les manœuvres intempestives ou maladroites, devront modifier le pronostic.

Le temps de la rétention, plus bénigne à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'accouchement, la nature des odeurs, la solidité des adhérences complètes ou partielles, sont des facteurs important du pronostic.

N'oublions pas enfin que le pronostic varie avec le traitement : nous avons eu trois succès dans les trois cas inédits que nous rapportons, malgré des rétentions de six, dix et dix-sept jours. On doit se demander ce qu'il peut advenir dans un temps plus ou moins éloigné, à la suite de l'intervention, soit avec la main, soit avec les instruments. Nombreuses sont les observations que nous avons recueillies dans lesquelles on remarque, à la suite d'intervention maladroite ou intempestive, des perforations de la matrice, des péritonites, des renversements, etc.

Nous citerons quelques observations qui démontrent que le placenta peut rester plusieurs jours et même plusieurs mois dans la matrice sans occasionner aucun accident. Dans les trois observations qui suivent, on s'est borné à l'expectation pure ou l'on n'a fait qu'un traitement anodin, cataplasmes, injections vaginales, etc.

Observation XX

Expulsion naturelle du placenta après le quatrième jour

Une dame chez laquelle le placenta, n'ayant pu être extrait après l'accouchement, se trouve enfermé dans la matrice par un resserrement rapide du col. Le lendemain l'accoucheur appelé voit que toute tentative de délivrance

est impossible, à cause de la rigidité de l'orifice utérin. Le cordon ombilical, faible, avait été rompu par de vives tractions.

Pertes de sang modérées qui devinrent insignifiantes à la suite d'applications froides.

Le second jour un écoulement fétide apparut, mais les symptômes généraux ne présentaient pas de gravité.

Au quatrième jour un nouveau travail expulse le délivre, en partie décomposé par la putréfaction, et la malade se rétablit bientôt sans avoir éprouvé d'accidents graves. (Th. de Lacordelle. Obs. Laforgue.)

Observation XXI

Expulsion naturelle du placenta quatre mois après l'accouchement

En janvier dernier, une femme fut délivrée d'un enfant mort à moitié putréfié. La sage-femme qui lui donnait des soins n'ayant sans doute pas cru convenable d'agir avec toute la prudence nécessaire dans les cas de cette nature, tira sur le cordon avec une telle force qu'elle le déchira. A l'instant même le col de l'utérus se contracta et de telle manière que rien ne put l'obliger à se dilater de nouveau et à faciliter conséquemment la sortie du placenta.

La femme passa quatre mois dans cet état, sans que sa santé en eût éprouvé la plus légère altération ; mais vers les premiers jours du mois de mai, elle éprouva une légère hémorrhagie utérine et quelques douleurs, qui devinrent de plus en plus vives, et à la suite desquelles l'utérus se débarrassa du placenta, qui, pendant tout ce temps-là, n'avait causé aucun accident fâcheux. (Revue médicale, 1829, p. 303.)

Observation XXII

Expulsion spontanée du placenta trois mois après l'accouchement

Une femme du service de M. Piorry, à l'hôpital de la Pitié, est accouchée le 20 octobre dernier. Depuis cette époque, elle a toujours éprouvé des douleurs utérines légèrement expultrices ; en même temps elle était affectée d'une

leucorrhée. Le 25 janvier elle a rendu sans douleur un corps du volume de deux grosses noix, entouré de fausses membranes blanchâtres. Les douleurs utérines n'ont plus reparu et la malade a parfaitement guéri de son écoulement, qui a disparu avec la cause qui le déterminait.

L'inspection du corps expulsé a fait connaître que c'était une partie du placenta et peut-être même un placenta tout entier, revenu sur lui-même après trois mois de séjour dans la matrice.

TRAITEMENT

Y a t-il un traitement préventif de la rétention ?

Examinons quels moyens ont été proposés par les auteurs.

Doit-on, comme le conseille Mauriceau, aller cueillir le placenta avec les mains dès que l'accouchement est terminé, avant même la ligature du cordon et la toilette du nouveau-né ? Il est évident que dans ce cas on n'aura pas à craindre la rétention, à moins d'avoir affaire à des adhérences anormales et incoercibles, circonstance très rare d'ailleurs. Mais ce procédé expose aux suites de l'intervention : ses inconvénients, nous les voyons ; ses avantages, nous les cherchons.

Clarke, Spiegelberg, Mayer et les autres admirateurs de la méthode de Crédé affirment que, depuis qu'ils font la délivrance par expression, « ils n'ont plus observé d'adhérences du placenta, de rétention et d'enchatonnement de cet organe et vont même jusqu'à se demander si ces accidents ont réellement existé. (Bouchacourt.) » (??)

On peut aussi prévenir la rétention occasionnée par le seigle ergoté et par les tractions sur le cordon. Enfin on peut combattre et supprimer l'action de certaines causes : rétention d'urine, etc.

Ainsi donc : abstention complète de moyens ocytociques, pas de traction sur le cordon, repos complet de la femme et de corps et d'esprit, proscription de tous les excitants, voilà quel est le traitement prophylactique.

Une femme vient d'accoucher ; son placenta est retenu. Qu'allons-nous

faire ? Attendre. Combien de temps ? Les uns agissent au bout d'une demi-heure, d'autres après douze ou vingt-quatre heures ; Stolz, dans une série d'expériences, a attendu cinquante-six heures la sortie spontanée d'un délivre. Tous les auteurs, même les plus portés vers l'intervention, reconnaissent qu'ils n'attendent pas assez. La nature suffirait presque toujours à l'expulsion, mais elle y emploierait trois, quatre, cinq jours et plus; pendant ce temps il faut rester à côté de l'accouchée, craindre une hémorrhagie, etc. D'un autre côté, la malade ou son entourage attachent une grande importance à ce que la délivrance soit faite : c'est l'inconnu pour les primipares, mais elles savent par ouï-dire qu'il y a quelque chose dans la matrice, que ce quelque chose doit sortir ; elles s'effraient en songeant que tout n'est pas fini et que de nouvelles douleurs les attendent pour l'expulsion du placenta. Mais, de même que le meilleur chirurgien n'est pas toujours celui qui extrait la balle, de même l'accoucheur le plus sensé n'est pas toujours celui qui extrait le délivre quand même. C'est ici que nous ne devons nous laisser guider par aucune considération étrangère à notre art. Le médecin persuadé qu'il doit attendre doit faire partager sa conviction à sa cliente. La durée de cette attente est donc variable ; et la conduite de l'accoucheur ne saurait être subordonnée à une question d'horlogerie.

On ne sait pas attendre sans agir. Si l'on n'intervient pas d'une façon opératoire, on met en action quantité d'autres moyens que nous allons exposer.

Seigle ergoté. — On l'administre assez souvent pour provoquer les contractions utérines qui doivent décoller le placenta. Mais on lui a reproché justement d'amener le spasme de la matrice ou du col. D'autres accoucheurs ne l'ordonnent que lorsque le délivre est déjà engagé dans le col ; l'ergot ne manifeste son action qu'après la sortie et peut agir alors contre l'hémorrhagie des sinus, béants dans l'inertie utérine. Nous résumerons avec Pajot le mode d'emploi du seigle ergoté : jamais d'ergot tant qu'il y a quelque chose dans la matrice. Les observations malheureuses de cet auteur sont classiques. Nous ferons remarquer que

dans toutes les observations de rétention par seigle ergoté recueillies par nous, et elles sont nombreuses, l'expulsion s'est faite naturellement plus tard et sans accidents lorsqu'on a eu recours aux petits moyens ; lavages intra-utérins et vaginaux, repos, toniques, etc. Nous n'avons vu d'accidents que dans les cas où l'on avait essayé quand même d'intervenir, où l'on « s'était arrêté devant la violence », il est vrai, mais où l'on avait fatigué l'utérus. Dans d'autres cas malheureux les injections intra-utérines n'ont pas été signalées.

Tractions sur le cordon. — Elles tendent de plus en plus à être rejetées de la pratique : car le cordon est solide ou il ne l'est pas. S'il est solide, on risque de déchirer le placenta dans la matrice, de produire un abaissement, un renversement de cet organe ; s'il ne l'est pas, il se rompt, et on est privé de la présence d'un conducteur. Le précepte de Pajot : tendre et attendre, ne doit être mis en pratique que par les hommes d'un doigté très sûr ; on peut, pendant ces tractions méthodiques et continues, penser qu'on amène le placenta lorsqu'on invagine la matrice ; l'index gauche au col ne garantit pas de l'erreur. Tendre sans attendre pour s'assurer de la présence d'adhérences est une pratique plus raisonnable et plus à la portée de tous. Enfin, nous savons que les tractions fatiguent, énervent la malade et sont souvent cause de spasmes par l'irritation qu'elles produisent au col.

Expression utérine. — Nous n'avons pas ici à décrire ce procédé universellement connu et accepté en principe par un grand nombre d'accoucheurs. L'essentiel est de bien tenir le fond de la matrice dans la main gauche, et de reporter en haut avec la main droite la région antérieure de l'utérus en antéflexion ; les pressions doivent se faire de haut en bas et d'avant en arrière. « Le résultat est généralement net, correct, tout sort avec le placenta : cordon, membranes, caillots ; c'est un nettoyage complet, le meilleur moyen hémostatique préventif qu'on puisse employer. Il faut éviter la violence et la précipitation. Je crois qu'en y mettant de la fermeté soutenue sans secousses ni brusques

efforts, on arrivera presque toujours non seulement à faire passer le placenta dans le vagin, mais à l'amener complètement à l'intérieur. (Bouchacourt.) »

Les manœuvres de l'expression sont quelquefois douloureuses et ont fait rejeter ce procédé. Cependant Hégar voudrait qu'on enseignât cette méthode aux élèves sages-femmes à l'exclusion de la méthode ancienne ou de traction sur le cordon.

On a dit que la méthode de Crédé appliquée prématurément peut être nuisible, car elle expose à faire sortir le placenta et à laisser les membranes emprisonnées dans l'utérus. A quoi cet auteur répond (Arch. gyn., t. XXXIII) qu'il n'admet pas l'auto-infection, que pour lui le séjour des débris membraneux dans l'utérus ne saurait déterminer la septicémie et que le mieux est d'abandonner l'expulsion de ce débris à la nature.

Tels sont les moyens par lesquels on essaie d'extraire le placenta lorsqu'il est retenu dans la matrice. Si des accoucheurs sont déjà intervenus activement avant l'application de ces moyens, si d'autres n'ont encore rien fait et se bornent à surveiller la nature, tous agissent plus ou moins efficacement lorsque apparaît l'hémorrhagie.

Tamponnement.— Nous n'avons pas à décrire le procédé, dont les règles sont exposées partout. En s'opposant au cours du sang et en favorisant la production de caillots, il agit contre l'hémorrhagie ; en même temps il provoque les contractions utérines. Le tamponnement doit être fait par le médecin ou par une personne habituée. On le combine quelquefois avec le seigle ergoté.

Injections chaudes. — L'eau chaude a pour effet d'arrêter l'hémorrhagie quand elle existe ; elle amène non seulement une contraction totale de l'organe utérin, mais encore la rétraction de la tunique des vaisseaux. L'action de la chaleur doit être prolongée. Elle doit être

combinée avec le repos le plus complet, la chaleur aux pieds et au ventre et doit être suivie du tamponnement

Ces divers moyens viendront presque toujours à bout d'une hémorrhagie même sérieuse. Ce ne sera donc qu'en dernière ressource que nous recourrons à l'extraction manuelle: La main doit être l'*ultima ratio*.

Extraction manuelle du délivre. — On introduit la main dans l'utérus, et l'on voit qu'il est très facile d'y cueillir un placenta déjà décollé. S'il y a adhérence, on passe les doigts entre les parois et les membranes, que l'on décolle ; on rassemble dans la main la masse placentaire, qu'on amène ainsi au dehors. Si ces adhérences sont très solides, on se sert hardiment mais prudemment de la pulpe des doigts, non du bord cubital. Du reste, la main dans l'utérus agit comme elle peut. Si l'on ne peut avoir le délivre en entier, Pajot conseille de l'enlever par fragments qu'on rassemble, afin d'avoir une idée de la besogne faite.

Nous avons dit les motifs qui nous feraient résoudre à extraire manuellement le délivre ; nous ajouterons que, devant des adhérences anormales nous n'insisterions pas ; après avoir enlevé la partie décollée, nous n'avons plus à craindre l'hémorrhagie ; or, la délivrance artificielle est l'opération la plus grave en obstétrique. (Charpentier.) Elle augmente considérablement, dit Pajot, les dangers de la puerpéralité. C'est la seule opération dans laquelle la main de l'accoucheur entre en contact immédiat avec la surface interne de la matrice. Dans la version par exemple, il y a interposition des membranes de l'œuf.

Mais l'introduction de la main ne sera pas toujours possible ; le col aura eu le temps de se refermer. C'est la seule cause que puissent invoquer les interventionnistes pour expliquer leur intervention prématurée. A ce sujet, nous nous demandons comment M. Pajot peut concilier les axiomes suivants : Attendez jusqu'à l'apparation de l'odeur ; et : Prenez garde : l'utérus se referme ; vous n'allez plus pouvoir intervenir. Le col est souvent rétracté avant que l'odeur ait apparu.

Lors donc que pour une cause ou une autre on n'a pas pu intervenir à temps, on recommande : la dilatation du col pour permettre l'introduction de la main, l'emploi des pinces, curettes, écouvillons, etc.

Intervention instrumentale. — Parmi les dilatateurs : l'éponge préparée, les tiges de laminaire, les tampons-vessie, le ballon de Barnes, le dilatateur intra-utérin de Tarnier ont été tour à tour appliqués.

Les pinces à polypes, la pince à germes, la pince-forceps, ont été employées pour aller chercher le délivre.

Le procédé du curage ou du grattage de l'utérus a été décrit par Hegar et Kaltenbach... « On dirige l'extrémité de l'instrument vers tous les points de la muqueuse utérine en râclant... Il faut prolonger l'opération jusqu'au moment où on a obtenu une surface bien lisse et jusqu'à ce que tous les tissus qu'il fallait enlever aient été extraits. Dès qu'on est arrivé sur la tunique musculaire, l'opérateur, et parfois même les assistants, seront avertis par un bruit de grattement. »

C'est sur le même principe que Doléris a inventé son écouvillon. Il cite à la Société d'obstétrique des milliers de cas de réussite. Guéniot, Pajot, Porak, dans la discussion qui suivit cette communication, s'étonnent à bon droit des chiffres cités par le jeune accoucheur. Il recommande l'abaissement forcé de l'utérus et l'éclairage de cette cavité pour la réussite de l'opération.

Du reste, le curage, le râclage, ne sont pas toujours bien exécutés ; les instruments sont aveugles et peuvent perforer la matrice, par exemple dans certaines insertions du placenta ; d'autres fois, quelle que soit l'habileté de l'opérateur des fragments du délivre, des lambeaux de membranes lui échappent. L'opération aura été alors complètement inutile ou même nuisible ; les débris se putréfient, et comme, grâce à l'opération, des portes d'absorption sont ouvertes, l'infection purulente survient. Ce n'est pas la rétention, mais bien l'intervention qu'il faut incriminer.

Il va sans dire que toutes ces opérations sont suivies de l'application de la méthode antiseptique. Malgré tout, nous sommes décidé à ne

pas suivre de pareils errements. Lorsqu'il nous sera démontré que nous devons extraire au moyen d'appareils un débris de placenta ou un polype placentaire, ce ne sera jamais pendant la période puerpérale. L'accouchée est, on le sait, dans les conditions les plus favorables à l'infection et aux inflammations de toute sorte. Les systèmes vasculaires et nerveux sont dans un état de tension accusée ; les mouvements d'absorption et de réaction sont intenses. Plus tard, au contraire, on peut agir avec moins de danger.

Nous sommes donc en droit de nous demander s'il est vraiment indiqué de se livrer aux manœuvres de l'extraction soit manuelle, soit instrumentale, quand il serait si facile d'attendre que les efforts de la nature se manifestassent. N'oublions pas que toute cette thérapeutique offensive est instituée très généralement immédiatement après l'accouchement, c'est-à-dire à un moment où il est absolument impossible de prévoir ce qui va se passer, à un moment où la rétention n'existe pas encore et où il n'y a aucune raison de croire qu'elle va se produire.

Cette manière de faire n'est pas du reste celle de tous les accoucheurs, et les accidents de l'intervention ont été signalés à diverses reprises.

L'intervention est inutile, si elle n'est pas dangereuse.

Nous pourrions faire un chapitre spécial sur l'inutilité de l'intervention dans bien des cas : nous avons trouvé un grand nombre d'observations dans lesquelles l'intervention a été inutile ; on n'a pu décoller le placenta. La malade a guéri sans accidents ; telles sont : l'observation de Godefroy (journ. de conn. méd., 1846) et les deux cas de Lafforgue cités par Albert dans sa thèse.

D'autres fois l'intervention a occasionné des désordres graves, des orages alarmants de plusieurs jours ; mais la malade a fini par guérir, comme dans l'observation de Lindsly (1), et de Gourrier de Mennecy (2),

(1) Lindsly. — Gaz. méd. de Paris, t. V, 1833, p. 584.
(2) Gourrier de Mennecy. — Gaz. hôp., 1840, p. 336.

intéressante à plusieurs titres. On peut dire que dans ce cas l'intervention a contribué à assombrir le pronostic.

Accidents mortels de l'intervention. — Ce sont : les phlébites utérine et crurale, la septicémie, l'infection purulente, la métro-péritonite, les hémorrhagies, les déchirures de l'utérus, l'inversion, l'abaissement de la matrice, l'épuisement nerveux et tout le cortège des maladies utérines consécutives, qui, le plus souvent, n'ont pas pour cause unique l'accouchement en lui-même, mais l'intervention plus ou moins maladroite de l'accoucheur.

Nous rapportons ici un certain nombre d'observations. Qu'on ne nous accuse pas de les avoir choisies pour les besoins de notre cause.

Nous rapportons en bloc les cinq observations qui font le sujet d'une leçon de Guéniot. Nous croyons donc ne pas être taxé de partialité.

Observation XXIV

(RÉSUMÉE, 1re DE GUÉNIOT)

Adhérence anormale. — Intervention. — Mort.

Primipare, médiocre constitution. Travail lent et pénible de treize heures. La délivrance se fait attendre. La sage-femme et un médecin qui la tentent n'ont aucun succès. Le lendemain elle entre à l'hôpital. Nouvelles tentatives. La matrice se dessinait sous la forme d'une gourde dont le collet correspondait à l'orifice interne du col. Pas d'hémorrhagie ; on attend.

Quatre heures plus tard, perte ; la sage-femme chef intervient, pénètre jusqu'au placenta, le décolle et l'extrait. La délivrance a lieu vingt-deux heures après la naissance. L'hémorrhagie s'arrête. Placenta normal. Les premiers jours qui suivirent, les symptômes deviennent inquiétants ; ils s'aggravent. Illusion du goût. Perversion sensorielle et mentale ; fièvre, etc. Mort le neuvième jour après l'accouchement.

Nous avons rapporté la deuxième observation de Guéniot à l'article

adhérences anormales (obs. XV). Il y eut rupture utérine et mort à la suite de l'intervention.

Observation XXV

(RÉSUMÉE, 4me DE GUÉNIOT)

Rétention. — Intervention. — Mort.

En 1871, à l'hôpital Beaujon, une femme multipare accouche d'un enfant mort. La présentation avait eu lieu par le tronc. La femme était, il est vrai, depuis quelques jours dans un mauvais état général ; elle avait des pertes aux derniers temps de la grossesse.

L'examen a lieu deux heures après l'accouchement. L'utérus est ferme et rétracté. Le placenta paraît adhérent ; les membranes sont déchirées, mais rien ne cède. A trois reprises on essaie d'introduire la main ; on ne ramène rien, absolument rien. « On s'arrête, ne voulant pas être imprudent. » (!!)

Quatre jours après, mort. Infection purulente, gangrène du placenta, adhérences intimes et générales. Nombreux abcès métastatiques.

Nous nous abstiendrons d'apprécier l'opportunité de ces trois tentatives chez une femme déjà malade et affaiblie.

Observation XXVI

(RÉSUMÉE, 5e DE GUÉNIOT)

Le docteur Décharac vient le chercher pour une dame accouchée depuis plusieurs heures. Bonne santé, bassin vicié, enfant mort. Fille vivante au huitième mois après un travail régulier.

Un quart d'heure après l'accouchement, essais de traction qui rompent le cordon. Un quart d'heure après on introduit la main ; les membranes seules viennent. Autre tentative. Guéniot procède à la troisième au moyen du chloroforme. On ne peut introduire que deux doigts. On essaie de déchirer une portion du placenta. Pas d'hémorrhagie. Cessation de manœuvres.

Cinquante-deux heures après, expulsion naturelle. Orage de plusieurs jours. Guérison.

Dans ce cas, nous croyons qu'on peut dire que la malade, qui rejette son placenta quarante-huit ou cinquante heures après la dernière intervention, a guéri malgré ses médecins.

Dans la dernière observation (la 3e de Guéniot) il ne put intervenir, car le col était rétracté. Il s'agissait d'un débris de placenta pris pour un fibrôme. La nature de l'écoulement rectifie le diagnostic ; cinq jours après, expulsion spontanée. L'état général n'a cessé d'être excellent.

Comment ne pas nous étonner après cela des conclusions de Guéniot, qui ne voit qu'un seul traitement : l'extraction ! Et cependant, sur quatre interventions il y a trois morts et une non-réussite suivie de guérison ; le seul cas où il a fait de l'expectation forcée compte son meilleur et son seul succès. Il a peur d'arriver trop tard. Mais que nous importe le retrait de l'utérus, la rétraction du col et la rétention du placenta ? Elle nous effraie moins que de pareils résultats.

Continuons nos exemples :

Observation XXVII

(Romaroni) (Th. Paris, 1870.)

Hémorrhagie utérine, seigle ergoté. — Rétraction de l'utérus consécutive. — Délivrance artificielle pénible. — Métro-péritonite. — Mort. — Autopsie

R... Joséphine, 19 ans, domestique, entrée à la clinique d'accouchement de Montpellier, le 2 avril 1865. Primipare, bonne santé, menstruation régulière depuis l'âge de dix ans. Début de la grossesse vers le mois d'août ; diarrhée abondante pendant les huit derniers jours. Les premières douleurs apparaissent le 26 avril 1865, à neuf heures du matin. Rien d'anormal pendant le travail, lent au début, très rapide à la fin

La terminaison naturelle avait lieu à une heure et demie du matin, en première position du sommet.

Après l'expulsion de l'enfant, la matrice, dont les dernières contractions ont

été très énergiques, reste flasque et ne revient pas sur le placenta, décollé au moins en partie. Ce commencement de décollement est annoncé par une hémorrhagie assez abondante qui continue après la sortie de l'enfant. Administration de cinquante centigr. de seigle ergoté. Friction sur le ventre. Bientôt la matrice reprend sa tonicité, durcit, l'hémorrhagie diminue. Les tractions sur le cordon n'amènent pas le placenta décollé. Enfin, après vingt minutes d'attente, les tractions étant infructueuses, la main est introduite jusque sur le col utérin qu'elle trouve dans un état de rétraction spasmodique tel que le passage de la main est presque impossible et ne s'effectue qu'avec beaucoup de difficulté. La main est aussi serrée par le corps de la matrice, contracturée. La délivrance artificielle est ainsi gênée. Le placenta adhère sur plusieurs points. Ces adhérences sont tellement intimes que leur rupture nécessite vingt minutes de tentatives. Le placenta est extrait. La rétraction de l'utérus s'accomplit, et la fille R... est transportée dans son lit.

Cinq jours après elle succombe à une péritonite suraiguë dont le début remontait au deuxième jour suite de couches.

Observation XXVIII

Adhérences anormales. — Métro-péritonite à la suite de tractions trop fortes. — Mort

Accouchement régulier après huit à dix heures de travail. Le placenta ne vient pas par des tractions méthodiques. Après une demi-heure d'attente, seigle ergoté. Au bout de cinq heures, injection d'un demi-litre d'eau froide par la veine ombilicale et tractions sur le cordon. Tout fut inutile. Je déclarai alors qu'il y avait probablement adhérence complète, et que le décollement artificiel me paraissait plus dangereux que l'attente. Mon avis ne fut pas écouté. On appela un autre médecin, qui fit l'extraction du placenta en lambeaux, à trois reprises différentes.

Le soir, même métro-péritonite ; le lendemain, lochies fétides ; la femme mourut dans la nuit. (Godefroy, loc. cit.)

Ici, la mort nous paraît produite non-seulement par les tractions trop fortes, mais plutôt par les trois tentatives d'extraction manuelle.

Le curage, ajouté à d'autres moyens tout aussi intempestifs, amène

quelquefois à longue échéance des accidents redoutables, ainsi que le prouve l'observation suivante :

Observation XXIX

(RÉSUMÉE)

Avortement au 3me mois ; rétention pendant cent cinq jours. — Extraction au moyen des instruments. —Nouvelle grossesse; rupture utérine pendant l'accouchement. — Mort

Mme A..., lingère, multipare, enceinte de trois mois, à la suite d'un effort fait une fausse couche. Le placenta reste retenu sans douleur, sans hémorrhagie ; la matrice restant légèrement grosse. Quatre-vingt-dix-neuf jours après l'avortement, hémorrhagie sérieuse. Les troubles, peu accentués du reste, font traiter la malade pour une affection de la muqueuse utérine, qui pouvait très bien être le résultat éloigné de l'avortement. Malgré le traitement à deux reprises différentes, survient une hémorrhagie franche. Le col est dilaté et le placenta est reconnu. « Avec le concours du docteur Bates, la malade fut chloroformée, et après des efforts prolongés et de grandes difficultés, nous réussîmes avec les doigts, la curette et la pince-forceps, à extraire un placenta fermement adhérent sur la plus grande partie de sa surface, tout à fait inodore et qui présentait à l'œil un aspect parfaitement normal.» Légère réaction fébrile pendant quelques jours ; la menstruation se rétablit quelques semaines après et neuf ou dix mois plus tard survint une nouvelle grossesse.

Le travail commença dix-huit mois après l'opération. La dilatation était de cinq francs, la tête se présentait, les douleurs étaient modérées. « Quatre heures plus tard la patiente me réveillait par des cris violents, et je la trouvai en état de demi-collapsus ; le pouls était rapide et très faible, la surface du corps froide et gluante ; elle souffrait de douleurs violentes et d'un caractère insolite ; l'utérus était contracturé.

La mort me parut imminente. Consultation. Le col était complètement dilaté, mais la tête ne reposait plus sur l'orifice ; le placenta était inséré sur la paroi antérieure et inférieure de l'utérus.

Le docteur Bates arriva et on pratiqua immédiatement la version. Enfant mort. Le placenta fut extrait aussi, et l'utérus, après une petite manipulation, se contracta bien. Pas d'hémorrhagie, mais la femme était en syncope. Grâce

à des moyens énergiques, elle revint à elle ; peu à peu le cœur s'affaiblit, et elle mourut vingt minutes après sa délivrance.

L'autopsie ne put être faite. Nous devons dire que cette femme était sujette à la syncope et qu'elle s'évanouissait assez facilement. Mais il nous semble que, dans ce cas, la syncope fatale fut la conséquence de l'effort violent des contractions utérines. Il est probable qu'il y eut une rupture utérine due au dommage causé à la matrice par l'opération antérieure ; sinon, pourquoi la rétrocession de la tête, pourquoi ces symptômes graves tout à coup, ce collapsus et la syncope. (Jepson. American jour. Obst. New-York. 1883.)

A l'intervention active, si dangereuse parfois, nous opposerons l'expectation armée.

Expectation armée. — Nous laissons d'abord la femme au repos pendant un certain temps ; nous nous abstenons le plus possible de tirer sur le cordon et nous ne multiplions pas les touchers. Nous nous bornons à surveiller très attentivement les divers symptômes. Dans certains cas nous emploierons la méthode de Crédé, si elle est supportée assez facilement par la patiente. L'hémorrhagie, à moins qu'elle ne soit très abondante et foudroyante, sera combattue par des injections utérines chaudes et le tamponnement. Nous ne donnerons pas d'ergot. Si rien ne survient et que la rétention se prolonge, nous laverons la malade, la laisserons au repos et l'exhorterons à la patience, en lui persuadant qu'il faut laisser agir la nature. Nous ferons non seulement des injections vaginales, mais encore des injections intra-utérines, dont l'excellence est connue depuis longtemps.

Les lavages vaginaux, employés uniquement par beaucoup de médecins, nous paraissent totalement insuffisants. Qu'on nous passe la comparaison : c'est comme si on lavait les linges d'un pansement sans laver la plaie

Au contraire, les injections intra-utérines sont non seulement efficaces, mais toujours inoffensives, lorsqu'elles sont faites avec intelligence.

Aran en « est encore à voir une péritonite même partielle à la suite de plusieurs centaines d'injections faites dans la cavité utérine ».

Voici comment nous opérons :

La femme est couchée en travers du lit avec un oreiller sous les reins, une toile cirée, un bassin, etc. Le spéculum est introduit ; il permet de se rendre compte de l'état des parties, d'introduire à son aise la sonde dans l'utérus, de voir les débris des membranes et du placenta lorsqu'ils sont engagés et de les retirer au dehors au moyen de la pince à pansements ; enfin, il distend les parois du vagin, permet de faire un bon lavage de ce conduit et de n'y pas laisser des corps étrangers.

Nous ne laissons pas la sonde à demeure, non pas que sa présence amène des accidents, mais elle agace la femme, se déplace facilement et les personnes qui font les injections (nous voudrions que ce fût toujours un médecin) peuvent, en voulant la replacer, ou produire des lésions ou ne pas faire les injections dans l'utérus même. Nous ne nous servons pas de la sonde à double courant, recommandée par Charpentier ; nous n'avons pas à craindre que les liquides fusent dans la cavité abdominale, comme cela arrive dans les utérus de dimensions normales, ni l'obstruction des yeux de la sonde, qui amènerait justement cet accident. Nous nous servons de la sonde en étain (de Pajot, croyons-nous), dont la courbure et la grosseur remplissent toutes les conditions.

Ces injections intra-utérines seront faites au moins trois fois par jour et plus souvent si l'odeur se manifeste. On répétera les irrigations vaginales. La température de l'eau doit être tiède.

Après avoir essayé, dans nombre de cas, des curettes, des pinces à faux germes, Charpentier a renoncé à tous ces moyens et s'est borné à des lavages intra-utérins pratiqués deux fois par jour et associés à des injections vaginales, au nombre de huit à dix dans les vingt-quatre heures. Dans deux cas, il a réussi à sauver des femmes déjà atteintes d'infection putride grave. Les deux succès qu'il a obtenus, dont l'un dans un cas presque désespéré, l'engagent à persévérer dans cette voie, qui lui paraît préférable aux manœuvres si habilement pratiquées qu'elles soient.

L'observation suivante est une preuve des bons effets des injections intra-utérines.

Observation XXX

(Thèse d'Alberte, Résumée)

Rétention — État général très grave — Bons effets des injections intra-utérines

M. Ch..., hôpital des Cliniques, bonne santé habituelle ; six grossesses. Elle accouche une septième fois, après un travail régulier de onze heures. Vingt minutes après essais infructueux de délivrance. Une heure après, la maîtresse sage-femme tente inutilement de pénétrer dans l'utérus ; elle sent cependant au bout des doigts le placenta adhérent. Pas d'hémorrhagie : on attend.

Six heures après l'accouchement, tentatives nouvelles du chef de clinique, qui suspend toute manœuvre. Pas d'hémorrhagie.

Injections avec eau de guimauve.

Le lendemain, 20 août, le professeur Depaul employa les pinces et la curette ; on sent un fragment au col. L'état général est très bon.

21. Ecoulement fétide, malgré lavages vaginaux nombreux et réguliers, transpiration. Sulfate de quinine. Tood. 38 : 8 — 39.

22. Grand frisson. Etat général mauvais ; expulsion d'un débris putréfié. Lavages au permanganate. 39,9-40.

23. Deux frissons, prostration, état général de plus en plus mauvais. 39,8-40-2.

24. Quatre frissons, prostration presque absolue, T. 40-40,5.

25. L'état s'aggrave de plus en plus. T. 40-41.

Du 26 août au 4 septembre l'état reste le même, la T. oscille entre 40 et 41. Ce jour-là on fait la première injection intra-utérine.

Le 5 septembre, T. 38,9-40.

Le 6 septembre, plus de frissons. 39,5-40.

Le 7, état général meilleur, chute constante de la température, l'état s'améliore lentement. Sortie le 25.

On voit par cette observation que l'état général de la malade, excessivement grave, ne s'est amélioré qu'à partir du 4 septembre, jour où l'on commence les injections intra-utérines.

Nous croyons qu'il faut autant que possible prévenir les accidents d'infection et mettre, dès le début, la malade en état d'y résister. Aussi instituons-nous un traitement général tonique, potion de Tood, extrait de quinquina, etc.; et, contrairement à Tarnier et aux autres accoucheurs, nous n'attendons pas l'apparition des frissons pour donner le sulfate de quinine, dont on connaît l'action antiputride. (Voir nos observations personnelles). L'antisepsie doit être complète et rigoureuse ; en même temps que nous faisons des injections vaginales et utérines, nous lavons soigneusement la vulve et le périnée et les protégeons contre les ennemis du dehors au moyen d'un pansement phéniqué ou iodoformé. Agir avant l'apparition des symptômes graves, c'est, croyons-nous, le meilleur moyen de les prévenir; nous insistons sur ce point important du traitement.

Mais on ne peut pas toujours agir ainsi au début ; nous sommes souvent appelés lorsque les accidents septiques sont déclarés. Le plus souvent les injections intra-utérines, associées au traitement tonique, viennent à bout de la maladie; d'autres fois les symptômes graves persistent. Il faut alors renouveler plus souvent les injections ; toutes les deux heures, toutes les heures même ; on pratiquera l'irrigation continue. Pinard emploie cette méthode avec succès : il a expliqué l'action physiologique des irrigations continues, dans un article paru dans les Annales de gynécologie, décembre 1885 et janvier 1886. « Il faut atteindre les germes pyrogènes, non seulement dans le foyer traumatique, mais bien dans le sang. Il est donc nécessaire que l'opérée absorbe une certaine dose d'antiseptique et subisse un premier degré, sinon d'intoxication, du moins d'imbibition. »

Nous devons à l'obligeance du docteur Médard l'observation suivante :

Observation XXXI

(INÉDITE)

Rétention méconnue. — Symptômes excessivement graves. — Irrigation continue. — Guérison

Au mois de mai 1887, j'ai vu avec le docteur Bernard, rue du Vieux-Colombier, une femme secondipare nouvellement accouchée. Le travail avait été naturel et avait duré sept heures. La sage-femme qui avait fait l'accouchement, après quelques tractions sur le cordon, avait ramené une masse qu'elle prit pour le placenta entier. Les choses parurent marcher régulièrement pendant deux jours. Petites hémorrhagies sans importance. Le troisième jour, des frissons se déclarent, les lochies sont abondantes, sales, noirâtres et excessivement fétides. Le docteur Bernard est appelé.

La sage-femme assure n'avoir dans ses clientes aucune fièvre puerpérale.

Quoique ne se doutant pas que la rétention était la cause des accidents, le docteur Bernard recommande les injections intra-utérines, indiquées du reste par l'écoulement sanieux et infect, et un traitement général.

Les symptômes restent les mêmes, très graves, frissons nombreux, température entre 39,5 et 41,2, malgré quatre injections par vingt-quatre heures et huit à dix lavages vaginaux.

J'accompagnai mon confrère le onzième jour après l'accouchement. La femme était pâle, le facies grippé, les yeux vitreux, le pouls petit et si rapide qu'on ne pouvait le compter, la peau froide, la prostration extrême ; la fin paraissait imminente.

Nous plaçâmes la femme dans la position de la version, en ayant soin de bien couvrir le haut du corps et de la faire soutenir, car elle était inerte. Nous fîmes une première irrigation de 20 litres de sublimé à 1/4000.— Toniques — Sulfate de quinine.

Il est six heures du soir, nous laissons la sonde à demeure pour faire une nouvelle irrigation phéniquée, à 9 heures.

Le mari, prévenu d'une fin imminente et averti qu'il y avait un espoir de salut très faible dans les injections antiseptiques continues, prit sur lui, après notre départ, de faire des injections intra-utérines et des irrigations vaginales presque sans discontinuer.

Il s'affermit dans cette idée en ne voyant pas s'aggraver l'état.

A neuf heures, nous trouvons la malade encore en vie. Nous laissons le mari continuer des irrigations boriquées, avec les indications nécessaires.

Le lendemain matin, mieux léger, mais manifeste, qui se continue lentement. Peu à peu la fièvre tomba, les frissons avaient disparu au deuxième jour des irrigations. La malade resta faible encore de longues semaines, mais finit par se rétablir complètement.

Le placenta avait été rejeté le dix-septième jour après l'accouchement.

L'emploi de plus en plus fréquent des antiseptiques a fait poser cette question : Quel est le meilleur antiseptique ? Le sublimé, l'acide phénique, l'acide borique, l'eau oxygénée, sont le plus généralement employés. C'est au praticien à guider son choix sur l'effet qu'il veut obtenir, sur la méthode qu'il compte employer (on n'userait pas toujours impunément du sublimé dans les irrigations continues), sur l'état constitutionnel de ses malades. L'anémie et l'albuminurie sont des contre-indications à l'emploi du bichlorure de mercure. (Th. Paris, Bordes.)

CONCLUSIONS

Nous n'avons pas la prétention d'imposer notre manière de voir ni même de faire adopter notre méthode de traitement à l'exclusion des autres. Nous avons déjà dit qu'il n'y avait pas de traitement unique de la délivrance ; dans certains cas, très rares, il est vrai, nous n'hésiterions peut-être pas à intervenir par l'introduction de la main. Nous désirons seulement attirer l'attention du lecteur sur les points suivants que nous avons essayé de mettre en lumière :

1° — Il existe des cas authentiques et assez nombreux dans lesquels le placenta retenu, adhérent ou non, n'a donné lieu à aucun accident ; on n'est intervenu en aucune façon, pas même par des lavages : l'expulsion a été spontanée. (Opinion de Ruysch, Lafforgue, cas de Nœgelé, etc.)

2° — Plus nombreux sont les cas dans lesquels le placenta retenu n'a donné lieu à aucun accident lorsqu'on est intervenu par de petits moyens, lavages, médication interne, etc. (Opinion de Hégar, Charpentier, etc.)

3° L'introduction de la main est impuissante dans bien des cas à vaincre les adhérences anormales. C'est alors une opération au moins inutile.

Si, malgré tout, l'issue est heureuse, doit-on mettre ce résultat sur le compte de l'intervention ? si elle est malheureuse, la mort est-elle le fait de la rétention ? n'est-elle pas plutôt le fait de ces tentatives répétées et inopportunes ?

4° — Il n'est pas douteux que l'extraction manuelle ou au moyen d'instruments, même pratiquée par des accoucheurs exercés, ait amené

souvent la mort ou des accidents très graves, soit immédiats, soit éloignés. (Opinion de Charpentier, Bouchacourt, Hégar, etc.)

Nous nous croyons donc en droit d'en appeler au jugement de la plupart des auteurs sur les dangers de la rétention.

Il ressort de nos observations personnelles, de nos lectures des ouvrages spéciaux et des observations éparses, que les chiffres de la mortalité ont été considérablement exagérés, et nous demandons un supplément d'information.

Il n'y a pas de danger, il y a même avantage à faire l'expectation armée. L'hémorrhagie seule peut surprendre par son abondance, sa soudaineté, et constitue la principale indication de l'intervention active. Mais elle est presque toujours un accident de la première heure ; le médecin est encore là et peut sans retard, avant l'introduction de la main, agir par les autres moyens appropriés.

C'est sur ces considérations et sur les indications thérapeutiques du précédent chapitre que nous réglerons notre conduite.

Vu :
Montpellier, le 24 juillet 1889.
Le Président-Censeur,
GRYNFELTT.

Vu bon à imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1889.
Le Doyen,
CASTAN.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !